

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1934-1935, — N° 2

**DIAGNOSTIC ANATOMIQUE ET CLINIQUE
DE L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC
ET DE
CERTAINES FORMES DE CANCER GASTRIQUE
(DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES)**

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Octobre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BRUN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

PRIX BOUCHET DE CHIRURGIE 1934

Né le 20 Juillet 1907, à Cessieu (Isère)



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. PATISSIER

—
1934

**DIAGNOSTIC ANATOMIQUE ET CLINIQUE
DE L'ULCERE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC
ET DE CERTAINES FORMES DE CANCER GASTRIQUE**

Déductions Thérapeutiques

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1934-1935. — N° 2

**DIAGNOSTIC ANATOMIQUE ET CLINIQUE
DE L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC
ET DE
CERTAINES FORMES DE CANCER GASTRIQUE**

(DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES)

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Octobre 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BRUN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

PRIX BOUCHET DE CHIRURGIE 1934

Né le 20 Juillet 1907, à Cessieu (Isère)



IMPRIMERIE DE TRÉVOUX

G. PATISSIER

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire ... M. L. HUGOUNENQ
Doyen ... M. J. LEPINE
Assesseur ... M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET, PIC, CONDAMIN

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PAVIOT
Cliniques chirurgicales	SAVY
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie générale et thérapeutique	HERMANN
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	GREYSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-RAVAULT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

Examineurs de la Thèse :

M. TIXIER, *Président*.

MM. NOËL, SANTY et POLLOSSON, *Assesseurs*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Le souvenir de sa scrupuleuse
honnêteté, de sa vie toute de dé-
vouement et de travail sera tou-
jours pour moi l'Exemple.*

A MA FEMME

A MA MÈRE ET A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

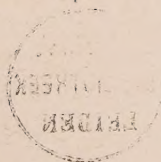
A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

et plus particulièrement :

— mon Cousin : JACQUES BRUN,

— mon Ami : MARCEL GIRARD,

*Qui partage depuis longtemps
mon travail, mes peines et mes
joies.*





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les observations, toutes inédites sauf une, qui constituent la base de ce travail, ont été recueillies auprès de nos Maîtres, MM. les Professeurs TIXIER, LERICHE, MM. les Docteurs DELORE, SANTY, que nous tenons à remercier ici pour la confiance qu'ils nous ont témoignée. Certaines d'entre elles sont un peu succinctes et elles peuvent paraître incomplètes, mais elles concernent des malades de clientèle. Enfin, nous remercions MM. les Docteurs MONTAGARD et LESBROS d'Avignon, d'avoir bien voulu nous laisser utiliser une de leurs observations.

Nous remercions également Mme ROYER pour ses excellents dessins.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer notre Internat, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à ceux qui furent nos premiers guides dans nos études médicales : à M. le Professeur SAVY, à MM. les Professeurs agrégés COTTE et GATÉ, à Messieurs les Docteurs BOUCHUT et GONNET.

Le début de notre Internat fut pour nous l'occasion de faire nos premiers pas dans l'art difficile de la chirurgie osseuse, sous la direction de M. le Professeur agrégé LAROYENNE, et nous gardons le souvenir de charmantes causeries au cours desquelles la longue et difficile discussion des indications nous entraînait parfois vers des sujets plus littéraires. Nous admirions alors le conteur disert, l'érudit affable et doux, le parfait honnête homme, le poète qui semblait souvent s'évader d'un rêve.

Après un semestre d'externat, nous retrouvâmes comme interne de M. le Professeur TIXIER, le même enthousiasme, le même désir d'enseigner et de former les jeunes. Et nous avons, nous l'espérons, retenu de ces mois passés à la Clinique, dans ce vieil Hôtel-Dieu

familier, outre la finesse de l'examen clinique et la précision de la technique chirurgicale, ce souci poussé à l'extrême de la vie du malade, de l'être confié à nos soins ; et, c'est là encore, la plus noble préoccupation du chirurgien. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Chez M. le Professeur VILLARD, un examen clinique rigoureux, un diagnostic précis s'allie à une impeccable technique opératoire. C'est depuis notre passage dans son Service que nous avons compris l'utilité des temps opératoires bien réglés, l'erreur des gestes inutiles, la nécessité d'une discipline des mains au service de celle de l'esprit.

Un semestre passé dans le Service de M. le Docteur ALAMARTINE nous procura l'occasion, trop rare, de connaître M. le Docteur DELORE. Nous avons pu apprécier toute sa maîtrise en chirurgie gastrique, ainsi que l'originalité d'un esprit toujours jeune. Nous le remercions de nous avoir autorisé à puiser dans son énorme collection personnelle pour en publier les observations les plus intéressantes.

M. le Professeur Agrégé SANTY fut déjà pour nous, alors jeune externe, un chef de Service bienveillant. C'est avec joie que nous l'avons retrouvé au cours de deux semestres d'internat, car il n'est pas seulement un Maître que l'on sert, mais aussi un Maître que l'on aime. A la technique chirurgicale la plus séduisante, que nous avons toujours admirée, il ajoute en effet le

charme des qualités du cœur et une scrupuleuse probité scientifique. Il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et prodigué les plus utiles conseils. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous confier ce travail dont il a été l'inspirateur.

Lorsque nous sommes arrivés au début de notre 4^e année dans le Service de M. le Professeur LERICHE, nous n'avons pas tardé à être séduit par l'inlassable activité de notre Maître, dont la prodigieuse érudition n'a pas nui à une originalité d'esprit incomparable et fertile en déduction. Il nous a formé pendant ces quelques mois à poser des points d'interrogation, sans y répondre par les mots que nous soufflait la vieille routine. Il nous a montré la nécessité du traumatisme opératoire minimum, des gestes doux, la vanité d'une chirurgie brillante, mais dangereuse. Il nous a lui-même appris les plus petits détails opératoires et s'est astreint dans ce but à l'humble fonction d'aide. De tout cela, nous lui sommes extrêmement reconnaissant et nous comprenons d'autant mieux le vide que son départ a pu laisser dans notre Faculté.

M. le Professeur agrégé NOËL nous a, dans le Laboratoire de M. le Professeur POLICARD, initié aux mystères de l'Histologie. Il répondit toujours avec sa charmante bonne humeur aux questions que l'ignorance faisait poser au profane que nous étions. Il nous a patiemment guidé dans ce travail pour toute la partie microscopique que, sans lui, nous n'eussions pu mener à bonne fin.

Au cours de notre Internat, nous avons pu rencontrer MM. les Professeurs agrégés WERTHEIMER et POLLOSSON dont la bonne grâce nous fut toujours acquise et qui furent pour nous des Maîtres très aimables. Nous remercions M. le Professeur agrégé Eugène POLLOSSON d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Nous remercions M. le Professeur agrégé GUILLEMINET, M. le Docteur RICARD d'avoir bien voulu nous compter au nombre de leurs élèves et de nous avoir prodigué leur enseignement.

Nous n'oublions pas également dans notre reconnaissance notre camarade CONTAMIN qui a eu l'amabilité de se charger de nos traductions allemandes.

Enfin, notre souvenir ému va vers cet Internat que nous quittons, ce Camarade anonyme qui est fait d'un peu tous les visages. Car — en dépit de quelques petites taquineries — il représenta en partie pour nous, au cours de ces quatre années, « ce commerce des hommes » « si merveilleusement propre....., dit Montaigne, pour frotter et limer nostre cervelle contre celle d'autrui ».

INTRODUCTION

Le fait de rapprocher les termes ulcère et cancer, quand il s'agit de l'estomac, évoque immédiatement les discussions déjà vieilles autour de l'ulcéro-cancer, du cancer ulcéré, de la transformation possible ou non d'un ulcère en cancer, à propos desquelles les positions sont depuis longtemps prises et les arguments soigneusement établis. Il pourrait paraître vain, avec beaucoup de raison, semble-t-il, d'exhumer une question sur laquelle tout a été dit et dont l'étude ne serait justifiée par aucun fait nouveau.

Ce n'est pas faire œuvre utile que de discuter sur la fréquence de la transformation de l'ulcère en cancer : on ne peut en effet qu'opposer des statistiques à d'autres statistiques en les détruisant les unes et les autres à l'aide d'arguments indéfiniment mis en parallèle et d'ailleurs d'inégale valeur. Telle n'est point notre intention : nous n'ajouterons pas de pierre nouvelle à cet édifice branlant.

Pour nous, c'est sur un tout autre plan que le problème doit être porté. Un fait nous paraît capital : c'est l'existence, chez tel ou tel malade, d'un cancer gastrique, histologiquement constaté. Ce cancer histologique

fut-il toujours bien évident ? Fut-il bien aisé d'en faire le diagnostic clinique ? En d'autres termes, le diagnostic histologique a-t-il cadré avec le diagnostic pré-opératoire ou même post-opératoire ?

C'est ici qu'il faut connaître l'existence d'une forme bien spéciale de cancer gastrique, mal connue, encore qu'assez fréquente. A côté du néoplasme gastrique typique, avec sa symptomatologie classique, s'opposant à l'ulcus dont les périodes évolutives franches, le syndrome hyperchlorhydrique ne permettent aucune erreur, il existe en effet des formes de néoplasme évoluant beaucoup plus lentement, avec tous les signes de la série ulcéreuse, en quelque sorte des formes « ulcère chronique » du cancer de l'estomac. Peu nous importe sa nature exacte, son origine vraie, qu'il s'agisse de l'ulcus rodens de TRIPIER, DUPLANT et SANEROT, de l'ulcéro-cancer de HAYEM. Sans doute, ce problème n'est pas sans intérêt et nous verrons ce que l'on peut en penser, dans notre chapitre anatomo-pathologique.

Mais ce qui nous intéresse avant tout, c'est que cette forme est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et qu'elle est la cause de nombre d'erreurs. Il est impossible de la *diagnostiquer cliniquement* de l'ulcère chronique vrai ; nous ajouterons qu'il est impossible le plus souvent d'en faire le *diagnostic opératoire* et qu'il est parfois difficile d'en faire le *diagnostic histologique*. Ce sont ces divers points que nous voudrions développer en nous appuyant sur des exemples concrets.

Il nous semble en effet qu'on ait trop voulu établir de cloisons étanches entre cancer et ulcère. Il est bon de classer des lésions dans des cadres nets, bien tran-

chés, mais encore faut-il savoir dans quels cadres les classer et surtout faut-il être sûr de ne point se tromper. Or, c'est là, quand on parle actuellement du cancer et de l'ulcère gastriques, supposer résolu un problème dont toutes les données sont des inconnues. Cette manière de voir ne nous est pas personnelle. Elle n'est pas nouvelle non plus, et SANEROT en 1906, LECÈNE en 1928, pour n'en citer que quelques-uns, l'affirmaient d'excellente façon. Qu'il nous suffise de rappeler cette phrase que SANEROT écrivait dans sa thèse : « Cliniquement, « l'ulcère chronique est un néoplasme et doit être considéré comme tel ». Sans doute, il convient d'atténuer la rigueur de cette formule un peu lapidaire, mais nous verrons dans quelle mesure elle est encore vraie aujourd'hui.

Post.scriptum. — Nous nous limitons strictement aux ulcères gastriques, et nous avons délibérément éliminé de notre travail les ulcères duodénaux. C'est en effet une notion classique que le cancer ne se voit pratiquement pas au niveau du duodénum, hors le cas spécial de la IV^e portion ou de l'angle duodéno-jéjunal, pas plus qu'on ne voit la dégénérescence d'un ulcère duodénal.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Pendant longtemps les esprits ne furent occupés — surtout avant 1900 — que de la question de l'ulcéro-cancer décrit d'abord par CRUVEILHIER, puis par ROKITANSKY. C'est la période des travaux de HAYEM, la thèse d'AUDISTERE à Paris en 1903. A Lyon, la thèse de DUPANT en 1898 défend la théorie de l'ulcus rodens gastrique du Professeur TRIPIER. SANEROT, élève de DEVIC, apporte en 1906 de nouveaux arguments en faveur de la théorie de TRIPIER. Sa thèse comporte un historique très bien fait des travaux antérieurs : nous ne nous attarderons pas sur cette période.

Mais à partir de cette époque, la pathologie gastrique entre délibérément dans une ère chirurgicale et c'est alors que sont pratiquées des gastro-entéro-anastomoses, déjà des gastrectomies dont le nombre allait sans cesse croissant. C'est ainsi que de nombreux matériaux

se sont peu à peu amassés. Cette chirurgie devait connaître un essor particulièrement grand en Amérique où les frères MAYO de Rochester s'en faisaient les ardents propagateurs. De 1909 à 1920, ceux-ci ou leurs élèves, en particulier Mac CARTY et WILSON, dans une longue série de publications diverses, insistaient sur la fréquence de la cancérisation des ulcères et leurs statistiques apportaient en faveur de cette dernière un pourcentage de 70 %.

En France, ces idées commencent à avoir leur écho au Congrès de Chirurgie de 1920 et DELAGÉNIÈRES, un des rapporteurs, insiste sur l'erreur fréquente de diagnostic entre ulcère calleux et cancer et montre que sur 20 ulcères calleux traités par gastrectomie, onze fois l'examen histologique prouve qu'il s'agit de cancer. Il préconise de ce fait la gastrectomie. Déjà, dans sa thèse de 1914 sur les ulcères chroniques du corps de l'estomac, M. SANTY, faisant état de plusieurs cas observés par M. DELORE, faisait remarquer la difficulté de ce diagnostic. De nombreux auteurs à l'étranger arrivent aux mêmes conclusions et attirent l'attention sur les dangers de la gastro-entéro-anastomose, dont les résultats se trouvent ainsi grevés à plus ou moins longue échéance. DEEVER et HEIMAN, A. J. WALTON, SHERREN insistent sur la fréquence des lésions considérées comme ulcères bénins et qui prouvent à l'intervention leur nature cancéreuse ou évoluent ultérieurement comme des cancers. En examinant les ulcères calleux réséqués, MOYNIHAN trouve 18 % de cancers, FINSTERER : 26 %, VON HABERER : « 5 erreurs, combien plus de doutes ! », suivant sa propre expression. OBERTHUR en

1926, dans sa thèse sur la gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, revient sur ce point et en tire argument en faveur de la gastrectomie.

Malgré cela cependant, en France les idées se sont longtemps cristallisées autour d'une discussion de mots et de descriptions anatomo-pathologiques. De nombreux travaux reproduisent à tour de rôle les statistiques antérieures ; ce sont : la thèse de PERNET en 1919 sur l'ulcéro-cancer, les thèses de BOULIN, d'ANCELIN de Bordeaux sur la cancérisation de l'ulcère de l'estomac (1924-1925), la thèse de DEGUIGNAND (Paris, 1922) sur le cancer ulcérisé du pylore, pour ne citer que les ouvrages principaux.

Puis, une réaction se produit contre l'excès des statistiques américaines, et des auteurs anglais, en particulier A. DIBLE, M. STEWART, J. MORLEY, PATERSON, SPILSBURY, tendent à montrer le peu de fréquence de cancérisation des ulcères de l'estomac. La même tendance se retrouve en France où HARTMANN et M. RENAUD. DUVAL et MOUTIER à la Société de Chirurgie de Paris en 1928 montrent le peu de fréquence de l'ulcéro-cancer et s'élèvent contre cet argument en faveur de la gastrectomie.

A Lyon, M. GOULLLOUD ne croit pas à la dégénérescence secondaire d'un ulcère, mais il craint l'ulcus rodens de TRIPIER. « Ulcéreux et cancéreux, dit-il, représentent deux types de malades tout à fait différents et non interchangeables ».

Quelques années auparavant, R. SCHMIDT, de Prague, soutenait une opinion analogue.

C'est alors que LECÈNE, dans une discussion célèbre,

ramène la question sur son véritable plan, le plus fécond au point de vue chirurgical : il insiste sur le grand nombre de cancers qui revêtent le masque de l'ulcère calleux et sur l'impossibilité clinique de les différencier. Il arrive à cette conclusion que, dans plus d'un quart des cas d'ulcères chroniques, il s'agit de cancers. Il faut donc traiter les ulcérations calleuses comme si elles pouvaient être des cancers. PAUCHET et HIRSCHBERG concluent de la même façon. SCOTT, de Rochester, est un de ceux qui posent le mieux le problème. Il montre bien que les statistiques ne donnent aucune idée de la difficulté de diagnostic, car tel cas, classé finalement comme cancer gastrique, *est*, avant l'opération un ulcère chronique et reste classé sous ce chef quand le microscope ne révèle pas l'erreur. De nombreuses observations sont publiées, depuis ces dernières années, de cas analogues et nous ferons état, le moment venu, des plus caractéristiques d'entre elles. En 1932, MM. BORCHUT et LEVRAT tâchent, par l'étude clinique comparée de leurs cas de cancer et d'ulcère, d'établir la distinction entre cancer ulcérisé et ulcère chronique et appliquent leurs conclusions aux indications de la gastrectomie dans l'ulcère. René GUTMANN cherche à établir cliniquement le diagnostic de ces formes simulant l'ulcère chronique, pour lesquelles il crée le terme de « cancer ulcériforme ».

Enfin, en 1933, GOMÖRI, de Budapest, publie une intéressante étude sur l'ulcéro-cancer et insiste sur différents tests histologiques qui permettent d'affirmer la préexistence de l'ulcération chronique.

Nous pourrions rapporter toutes les statistiques qui

ont été publiées sur la dégénérescence des ulcères de l'estomac et qui l'estiment à des taux variant de 0 à 70 %. De telles divergences montrent suffisamment l'inanité et le peu d'intérêt d'un pareil travail. On ne peut juger que des choses comparables entre elles ; ces statistiques ne peuvent et ne doivent pas être comparées, parce qu'elles portent sur des cas différents. Et c'est la raison des divergences rencontrées, comme le remarquent très justement OBERTHUR, MAC CARTY, SCOTT, GOMÖRI, FINSTERER. Le chirurgien, le médecin, l'anatomo-pathologiste ne voient pas les mêmes cas ; les séries médicales portent sur les ulcères aigus ; les séries chirurgicales, sur les ulcères calleux chroniques. La contradiction est donc, dans le fond, plus apparente que réelle. De même, certaines séries groupent à la fois les ulcères gastriques et duodénaux ; le danger de cancérisation passe donc plus facilement inaperçu dans ce cas, car on sait que les ulcères duodénaux ne deviennent qu'exceptionnellement cancéreux, et que les ulcères aigus guérissent ordinairement sans séquelles. Sur un plan plus chirurgical, FINSTERER montre bien que la base de comparaison est différente ; en effet, un chirurgien qui résèque tous les ulcères d'estomac, sans se borner à ceux que l'on soupçonne de cancer, aura naturellement à l'examen histologique, un nombre plus restreint d'ulcères dégénérés que celui qui réséquera seulement les ulcères creusants, ou même à un degré de plus, que ceux que l'on soupçonne de cancer.

C'est pourquoi, chaque statistique vaut en elle-même, pour chaque chirurgien et pour son auteur seul, mais ne peut servir à une étude comparative d'ensemble.

Comme on le voit par ce rapide aperçu historique, qui n'a pas la prétention, dans un cadre aussi restreint d'être complet, il semble que les auteurs, après bien des hésitations, des retours en arrière, en arrivent actuellement à délaissier les conceptions théoriques au profit des applications pratiques. C'est pourquoi, le point de vue que nous avons exposé et que nous défendons nous semble répondre à l'idée qu'ont aujourd'hui sur la question les chirurgiens les plus rompus à la pathologie gastrique, tant en France qu'à l'étranger. Il nous a paru intéressant de réunir leurs opinions et de les confronter avec la nôtre. C'est la base du travail que nous nous proposons.

CHAPITRE II

Les formes cliniques douteuses

Dans un certain nombre de cas, chez des malades soignés et traités depuis longtemps pour un ulcère simple, on assiste, au cours de l'évolution prolongée du processus ulcéreux ancien, à une aggravation des symptômes.

Cette aggravation peut être rapide avec dénutrition importante aboutissant vite à un état cachectique avancé ; mais elle est en général progressive, s'étageant sur de nombreux mois, et en général, dans ces cas, les périodes évolutives franches de l'ulcère classique cèdent le pas à un état douloureux chronique tandis que le caractère même des douleurs change pour devenir lui aussi moins paroxystique.

Cette aggravation consiste donc d'abord dans l'augmentation d'intensité, puis dans la continuité des troubles fonctionnels : avec les douleurs plus tenaces, plus sourdes, les vomissements sont plus fréquents et sur-

viennent avec plus de régularité. On peut parfois trouver la cause de cette aggravation clinique dans l'apparition d'un trouble mécanique quelconque : nous ne ferons que rappeler ici des notions très classiques : c'est la sténose due à l'évolution d'un ulcère ancien, qu'elle soit pylorique, dans les cas d'ulcus de cette région, qu'elle soit médio-gastrique, avec biloculation dans les cas d'ulcus de la petite courbure. Ce trouble mécanique est dû non pas à la cicatrisation de l'ulcère, mais à son évolution même, à la tendance rétractile des tissus touchés par le processus ulcéreux. M. SANTY, dans sa thèse de 1914, a bien montré la réalité de ce fait, à propos notamment des ulcères du corps de l'estomac. Dans un très grand nombre de cas, donc, ces troubles mécaniques expliquent, à n'en pas douter, l'évolution clinique observée, et il ne saurait être question d'envisager la possibilité d'un cancer. Mais, dans un certain nombre de cas, surtout lorsqu'on assiste à l'apparition d'hémorragies plus ou moins occultes, sous forme de mœlena, à un amaigrissement progressif, à des douleurs continues et n'ayant plus du tout le type ulcéreux, on peut craindre alors l'apparition d'un néoplasme et nous retrouvons là la vieille conception de l'ulcéro-cancer, avec ses deux phases bien distinctes, mais qui en réalité, nous le verrons plus loin, se rencontrent très rarement en clinique, sous cette forme pourtant classique.

C'est là l'allure clinique habituelle de ces formes douteuses, qui restent anatomiquement douteuses, mais dont déjà cliniquement on pouvait se méfier. Nous devons nous hâter de dire que toutes nos observations ne répondent pas d'une façon absolue à ce type et que —

fait très instructif — il en est de nombreuses qui simulaient beaucoup plus complètement l'ulcère et chez lesquelles l'examen histologique fut véritablement une surprise.

Quoi qu'il en soit, que l'on ait ou non envisagé une malignité possible, ces divers symptômes constituent une indication opératoire suffisante et il n'en faut pas plus pour qu'une intervention soit pratiquée. Les constatations opératoires sont variables, car devant la lésion apparente, l'attitude du chirurgien n'est pas univoque. Il est des lésions qui se prêtent à l'exérèse d'emblée, d'autres au contraire semblent ou trop volumineuses ou trop étendues et pour celles-ci une opération en deux temps sera de mise. Il en est enfin pour lesquelles le diagnostic d'ulcère ne fait pas de doute et qui sont traitées par une simple opération palliative, l'évolution clinique ultérieure venant alors démontrer l'erreur et prouver la malignité.

Nous allons donc classer nos observations sous chacun de ces trois chefs :

- a) Opérations d'exérèse d'emblée,
- b) Opérations en deux temps, •
- c) Opérations purement palliatives, parce que l'on croit à l'ulcère.

Nous montrerons pour chacun de ces groupes les difficultés de diagnostic, et nous apporterons, pour étayer nos observations, d'autres observations analogues publiées dans la littérature médicale de ces quinze dernières années.

A. — OPÉRATIONS D'EXÉRÈSE D'EMBLÉE

Dans ce groupe, nous pouvons classer quatorze observations personnelles dont treize inédites. Douze de ces observations concernent des malades pour lesquels l'interrogatoire révélait un syndrome ulcéreux typique, d'évolution plus ou moins ancienne. Toutes ces observations ont un point commun, et c'est ce qui les rend si instructives : la lésion fut toujours prise, au cours de l'intervention et par des chirurgiens avertis et habitués à la chirurgie gastrique, pour un ulcère bénin.

Dans un seul cas (Observation IV), le néoplasme fut soupçonné opératoirement. La place de cette observation ne se justifierait donc pas dans ce chapitre si l'examen histologique ne prouvait qu'il s'agit nettement d'un ulcus dégénéré.

Quant aux autres observations, la littérature fournit de nombreux cas pouvant leur être comparés. Félix PAPIN, LEFÈVRE, de Bordeaux en rapportent plusieurs qui sont cités dans la thèse de BOULIN. PERNET en rapporte six, DEGUIGNAND cinq, PAUCHET et HIRSCHBERG sept, SCOTT en rapporte trois et enfin GOMÖRI six, pour ne citer que les principales.

G. CALISSANO rapporte six cas et ROTHMANN, plus récemment, cinq cas d'ulcères calleux opérés et réséqués comme tels et où seul l'examen histologique permit de dire : cancer.

L'observation VII de la thèse de BRESSOT est tout à fait superposable à celles que nous rapportons. Il s'agissait d'un malade âgé de 33 ans, souffrant de troubles digestifs depuis l'âge de 14 ans, et présentant un syndrome ulcéreux typique. Une gastrectomie pratiquée par le Professeur TIXIER enleva une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, semblant banale et pour laquelle le laboratoire fit le diagnostic de cancer.

En réalité, de telles observations sont extrêmement nombreuses, mais il aurait fallu pour les réunir, parcourir toute la littérature ayant trait à la pathologie gastrique, ce à quoi ne pouvait prétendre un sujet aussi limité que le nôtre. Nous ne rentrerons pas dans le détail de chacune de ces observations déjà publiées et que nous citons surtout pour montrer qu'elles ne sont pas exceptionnelles. Toutes sont caractérisées par ce fait que l'histoire clinique souvent vieille de cinq ans, et même, pour beaucoup, de dix ans et plus, était celle d'un ulcère chronique. Sans doute, du fait de l'aggravation des symptômes, de leur chronicité, de l'apparition d'hémorragies — occultes ou non — des réserves étaient souvent faites sur la possibilité d'un cancer. Mais à l'intervention, toutes les craintes qui pouvaient exister à ce sujet disparaissaient, tellement l'aspect de la lésion évoquait l'idée d'un ulcère chronique calleux ; et pourtant l'examen histologique montrait qu'au bord de cet ulcère ancien se développaient des cellules cancéreuses. Ce qui donne donc une unité à cet ensemble d'observations forcément un peu disparate à cause de leurs origines éparses, c'est en quelque sorte, l'instabilité du diagnostic, son balancement perpétuel clinique-

ment ou anatomiquement entre l'ulcère et le cancer, et, si l'on pouvait caractériser cet état de choses d'un mot qui ferait image, nous dirions volontiers que, dans ces cas, le diagnostic est « alternant ».

Cette « alternance », nous la trouvons inscrite sur les cahiers ou les fiches d'observations, sous forme de ratures successives, effaçant deux ou même trois fois de suite le diagnostic écrit, pour ne laisser subsister finalement que le résultat de l'examen histologique. On apprécie ainsi la justesse de l'observation de SCOTT qui fait remarquer qu'on tient compte dans les statistiques du diagnostic final et non pas des stades intermédiaires. De nombreux cas, où l'on a été hésitant, sont ainsi sans doute classés en fin de compte comme des cancers, sans qu'on signale l'erreur prolongée commise avec l'ulcère. Il est très instructif à ce point de vue de parcourir les observations. Cela permet de se rendre compte des divergences dans les appréciations des auteurs et de comprendre pourquoi les statistiques expriment des chiffres si différents.

OBSERVATION I

*Observation publiée par MM. DELORE et ROMAND MONNIER.
(Presse Médicale, Janvier 1931).*

M. A... F..., 32 ans. (D^r DELORE).

Le malade souffre de l'estomac depuis deux ans. Il vomit quelquefois, mais n'a pas de sténose à la radioscopie. Amaigrissement notable. Hémorragies intestinales récentes et assez importantes. On pense à un ulcère du duodénum.

Intervention, 27 Juin 1929. — Laparotomie sous-ombilicale qui montre l'existence d'un ulcère prépylorique, non sténosant, calleux, encore mobile. Il y a de nombreux ganglions sous-pyloriques qu'on peut du reste bien enlever. Pas d'autres ganglions.

Gastro-pylorectomie Billroth II avec gastro-entérostomie au bouton, précolique, postérieure. Ulcère bien dépassé sur la pièce. Cet ulcère des dimensions d'une pièce d'un franc, est creusé, avec des bords peu indurés ; cet aspect est tel qu'on conclut à un ulcère bénin.

L'examen histologique a répondu : Epithélioma très atypique à tendances colloïdes, ayant ulcéré la muqueuse et envahi largement les couches profondes.

Un des ganglions sous-pyloriques examiné histologiquement a été reconnu non envahi.

Guérison fort simple maintenue cinq ans.

En Mai 1934, on apprend le décès du malade avec des métastases hépatiques, sans qu'on l'ait revu depuis l'intervention.

OBSERVATION II

M. BR... François, 60 ans. (D^r SANTY). — Hôpital de la Croix-Rousse.

Le 11 Avril 1933, le malade vient du service du D^r PALLIARD.

Depuis deux ans, il souffre de douleurs sous forme de crampes épigastriques très vives s'accompagnant de vomissements aqueux ; elles durent 1/4 d'heure sans irradiation. L'appétit est conservé. Il n'y a pas de troubles du transit intestinal. Ces douleurs sont à type tardif, survenant à 5 heures du soir et au milieu de la nuit. L'affection évolue par périodes avec des accalmies de deux à trois mois. Il n'y a pas d'hématémèses, des Weber en série sont positifs. L'anémie est marquée. Des numérations globulaires montrent, en Février,

2.600.000 globules rouges ; le 5 Avril, le chiffre est remonté à 3.900.000.

Par ailleurs, la réaction de Wassermann est positive. Il existe, outre un signe d'Argyll Robertson, des signes d'aortite syphilitique (hypertension modérée, clangor aortique, traces d'albumine).

Le diagnostic clinique est : *ulcus prépylorique*.

Le 12 Avril 1933, Intervention. — Anesthésie locale suffisante.

Laparotomie sus-ombilicale. Il s'agit d'un ulcus de la petite courbure, prépylorique, volumineux, pour lequel on fait une pylorectomie enlevant largement l'antrum pylorique. On termine par un Billroth II au bouton. L'étendue de la résection est de 6 cm. de petite courbure, de 18 cm. sur la grande courbure.

Examen de la pièce (Dr PALIARD) :

Extérieurement, il existe une induration étendue de la petite courbure, avec une tache nacrée. L'estomac est ouvert par la grande courbure. Sur une étendue d'une pièce de deux francs, les plis et reliefs de la muqueuse ont disparu. L'ulcère a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, mais il est moins creusé qu'on ne le croyait. Il n'existe pas de lésion marquée de gastrite environnante.

Les suites ont été très simples. Le malade a fait son bouton le 14^e jour.

Le 18 Décembre 1933, le malade, revu par le Dr PALIARD, va très bien.

Examen histologique (Dr NOËL).

Épithélioma métatypique envahissant la totalité de la paroi y compris la musculature, sous la forme de cavités glandulaires que l'on retrouve en certains points jusqu'au contact de la séreuse.

Les éléments néoplasiques sont noyés dans des plages d'altération œdémateuse, constituant autour d'eux une sorte de halo. L'ensemble offre l'aspect classique de l'épithélioma col

loïde et cependant la réaction au mucicarmin reste négative en ces endroits.

Le fond de la zone ulcérée est au contact même, en certains points du moins, de la face interne de la musculieuse, la muqueuse et la sous-muqueuse ayant complètement disparu.

Au fur et à mesure que l'on se rapproche des *bords* de la zone ulcérée, on voit apparaître et augmenter une nappe de tissu conjonctif cellulo-fibreux qui vient s'interposer entre la couche musculaire et le fond de l'ulcération. Cette nappe contient des îlots réactionnels constitués par des lymphocytes, des plasmocytes, avec quelques éléments éosinophiles à grosses granulations.

A la *périphérie* de l'ulcération, on constate un gros épaissement de la sous-muqueuse, épaissement caractérisé par une sorte d'infiltration œdémateuse au sein de laquelle on voit s'édifier des fibrilles collagènes suivant le processus bien décrit par NAGEOTTE et aboutissant à un œdème de type fibrinoïde. Les rares éléments cellulaires que l'on rencontre dans cette région sont représentés par des fibroblastes, quelques lymphocytes et quelques cellules éosinophiles. Ces cellules ne représentent évidemment pas une stroma-réaction : il ne saurait en être question. Il s'agit bien, au contraire, d'un processus inflammatoire lent qui est l'amorce de la nappe fibreuse signalée au-dessous de l'ulcération.

OBSERVATION III

M. F... (P^r LERICHE, P^r SAVY).

Le malade est vu pour la première fois le 14-1-26. Il présente un syndrome ulcéreux, avec des douleurs tardives très violentes qu'il calme par du sel de Hunt dont il fait une consommation anormale. Il n'a pas de vomissements.

On porte le diagnostic d'ulcère, mais avec des réserves, en raison de trois faits anormaux :

1) Pas d'hyperchlorhydrie : HCl 0 gr. 50 et acidité totale 1 gr. 10 ;

2) Le bismuth ne provoque pas de sédation ;

3) Les douleurs sont constantes, sans période d'accalmie.

Le malade est revu le 18-6-26 : la diathermie ne l'a pas soulagé. Les douleurs toujours pénibles se produisent encore tardivement après les repas.

Intervention le 8-8-27. (Pr LERICHE). — Gastrectomie.

L'examen de la pièce montre un *gros ulcère* de la petite courbure.

Le malade, revu le 2-11-27, va bien. Il est revenu au poids de 60 kilogs qu'il pesait avant l'opération, après laquelle il était tombé à 56 kilogs.

Le 23-4-29, le malade revu souffre toujours. Son teint est plus jaune.

En 1934, le malade est en excellente santé.

Examen histologique (Dr NOËL) :

Epithélioma glandulaire métatypique ayant atteint, envahi et dissocié la musculuse. Nombreuses mitoses. Monstruosités cellulaires et nucléaires. Cellules vacuolaires. Néoplasme sous forme de tubes glanduliformes, nettement anarchique.

Il existe de nombreux éléments réactionnels disposés en nappes : lymphocytes, plasmocytes, polyéosinophiles, témoignant d'un *processus inflammatoire ancien, antérieur au néoplasme.*

OBSERVATION IV

M. G... L..., 55 ans, Commerçant. (Prs LERICHE et SAVY).

Le malade est envoyé par le Pr SAVY pour un ulcère. Toujours bien portant, il a eu trois enfants qui se sont normalement élevés. Il a vu apparaître, il y a trois ans, de la pesanteur gastrique 3/4 d'heure après les repas. Le moment le plus mauvais était vers 4 heures du soir. Depuis cette date,

avec des alternatives de haut et de bas, avec même une accalmie de 6 mois au cours de la première année, il a été plus ou moins constamment malade. Depuis 2 ans, les malaises sont continus. Il a vu le P^r SAVY, en Mai 1932.

Depuis quelque temps, malgré le régime, ces troubles se sont accentués, les crampes sont de plus en plus marquées. Il a maigri sensiblement, n'a jamais vomi, n'a pas eu d'hématémèses. Les selles sont régulières, les urines ne présentent rien d'anormal.

A l'examen, le P^r LERICHE note : Estomac bas avec néo antral probable.

Intervention le 18-1-33 (P^r LERICHE) :

Anesthésie au Schleich. On trouve dans la région pyloro-antrale, une lésion qu'on ne peut définir : ulcère ou cancer.

Gastrectomie de 9 cm. de petite courbure et de 15 cm. de grande courbure. Anastomose jéjunale termino-latérale sur la tranche, type Finsterer.

Suites opératoires : sans incidents.

Le malade a été revu une première fois le 2 Mars, en excellent état, puis à nouveau à la fin d'Avril.

Examen histologique : Cancer.

Voir les détails, page 131.

OBSERVATION V

Mme G..., 27 ans (D^r SANTY).

La malade est envoyée le 12-3-33 pour des vomissements de sang, moelenas, douleurs gastriques. On pense à un ulcus.

Elle est mariée, a 4 enfants en bonne santé, n'a jamais eu de fausse-couche. Elle a été opérée d'une mastoïdite à 17 ans.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 20 ans environ. La malade présentait déjà à ce moment-là, des douleurs épigastriques, assez vives, survenant 2 à 3 heures après les repas. Ces douleurs s'accompagnaient de vomissements. On ne peut arriver à mettre en évidence des périodes bien nettes.

Les douleurs étaient calmées par les alcalins et par les vomissements.

Son premier enfant est né quand elle avait 16 ans, le dernier à 24 ans. Pendant ce laps de temps, elle s'est toujours plainte de douleurs siégeant dans le creux épigastrique sans irradiation à l'épaule.

Depuis 3 ans, la douleur est devenue *presque continue*, avec seulement une interruption de 3 mois environ. Les douleurs étaient calmées par les alcalins, les vomissements, l'ingestion alimentaire. Les vomissements sont devenus quotidiens. La malade présente, en outre, de la constipation.

En *Février* 1933, au cours de douleurs particulièrement vives, hématomèse abondante : $\frac{1}{2}$ cuvette environ de sang noir avec quelques filets rouges. Le lendemain, nouvelle hématomèse, et moelena consécutif.

Le 11-3-33, nouvelle hématomèse.

A l'*entrée* : malade affaiblie, semblant souffrir de façon continue. Vomissements fréquents, constipation. Amaigrissement de 5 kilogs environ les 5 derniers mois. Pas de température. La malade n'a jamais présenté d'ictère.

L'*examen* est négatif, à part un point douloureux épigastrique très vif. Dans les urines, ni sucre, ni albumine, mais traces d'acétone.

Le 15-3-33 : l'abdomen est moins douloureux. On sent nettement à la palpation une *petite tumeur* située au-dessus et à gauche de l'ombilic, douloureuse au palper.

Intervention le 18-3-33 (D^r SANTY) :

Anesthésie générale au Schleich interrompue pour passer à l'éther.

Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure siégeant sur la face postérieure de l'antra, à deux travers de doigt du pylore. On fait une gastrectomie en commençant par la section duodénale et en terminant par le côté gastrique. On rétablit la continuité par un Polya transmésocolique. Anastomose portant sur $\frac{1}{3}$ de suture environ. La résection s'étend sur 8 cm. de petite courbure et 14 cm. de grande courbure environ.

Examen de la pièce : la pièce est constituée par un grand ulcère plan mesurant 1 cm.5 de diamètre environ, paraissant *en voie de cicatrisation*, avec une cavité très peu creusée et une induration assez marquée des parois gastriques.

Suites opératoires : simples, après une hyperthermie de 39,5, les premiers jours.

La malade sort le 13-4-33, en bon état.

Elle revient le 15-6-33, en excellent état. Elle digère très bien, a repris du poids : 12 kilogs, et se plaint simplement d'un peu de constipation.

La malade, revue le 16-11-33, va bien, a gardé son poids, mais souffre toujours de constipation.

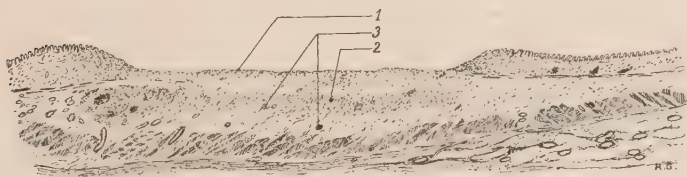


FIG. 1. — Mme Ga... (Observ. V).

1. Ulcération très large, mais peu profonde, presque plane.
2. Nappe fibreuse traversée complètement par les éléments néoplasiques.
3. Gros vaisseaux dilatés (allure clinique d'ulcère hémorragique).

Examen histologique (D^r NOËL) :

Il s'agit d'une pièce curieuse, en ce sens que le processus néoplasique est étalé en surface et bien que la sous-muqueuse transformée en nappe fibreuse soit en certains points traversée dans sa totalité par les éléments néoplasiques, la musculuse paraît partout indemne. Il convient de retenir ici l'épaisseur considérable de la plaque fibreuse qui est étalée, allongée parallèlement à la surface. La surface de la pièce est remarquablement plane, sans qu'on trouve nulle part la cavité creusée ordinairement rencontrée et que limitent, en général,

des bourrelets saillants de muqueuse saine. Et cependant, au niveau de l'ulcération, la muqueuse et la muscularis mucosae ont entièrement disparu, laissant pour ainsi dire à l'air libre la partie superficielle de la dalle fibreuse qui remplace la sous-muqueuse normale.

Il paraît, en somme, y avoir contradiction entre l'étendue en largeur du processus néoplasique et son peu de tendance à la pénétration en profondeur.

La pièce, en tant que néoplasme, est banale. Il s'agit d'un épithélioma atypique qui se caractérise outre la largeur de la lésion qui mesure deux centimètres, contrastant avec son peu de pénétration, par l'existence de vaisseaux qui viennent sourdre directement à la surface, expliquant ainsi le syndrome clinique hémorragique.

De cette observation, très spéciale, on le voit, on peut rapprocher notre observation XIV (D^r DELORE), concernant un malade de 35 ans atteint d'une hémorragie intestinale abondante ; une gastropyloréctomie permit d'enlever un gros ulcère dans le cratère duquel un vaisseau était béant. Il s'agissait pourtant d'un cancer de type intestinal.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de faits analogues, et le livre si documenté de MM. TIXIER et CLAVEL : « Les grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse » ne relate pas d'observation qui puisse être comparée à ces deux cas.

En effet, dans le cas de PALLARD et CLAVEL signalé par ces auteurs, si la laparotomie avait montré un « ulcère calleux », du moins, l'examen macroscopique de la pièce avait-il rectifié l'erreur, en montrant qu'il s'agissait en réalité d'un cancer juxta-cardiaque, ulcéré, avec végétations en chou-fleur. Cette observation mon-

tre cependant bien avec quelle facilité on peut prendre une lésion néoplasique, typique sur la pièce de résection, pour une lésion ulcéreuse au cours de l'acte opératoire.

OBSERVATION VI

M. R..., 43 ans. (D^r DELORE).

Le malade est vu pour la première fois en Octobre 1933.

Le début de la maladie remonte à 6 ou 7 ans, avec un syndrome douloureux tardif, de l'amaigrissement. Un médecin consultant qualifié de la ville, après divers examens, porte le diagnostic d'ulcère. Les douleurs violentes engagent le malade à accepter l'intervention proposée.

Intervention, Octobre 1933 :

Laparotomie sus-ombilicale, sous A. G.

Ulcère prépylorique avec gastrite et périgastrite. L'estomac est un peu épaissi.

On pratique une gastro-pylorectomie du type Billroth II au bouton, postérieure, précolique, avec ligature et enfouissement du duodénum. L'ulcère est très bien dépassé.

Examen de la pièce : ulcère typique, n'ayant pas encore perforé les tuniques gastriques. Pas de ganglions.

Les suites opératoires ont été excellentes.

Examen histologique (D^r NOËL) :

Epithélioma glanduliforme métatypique ayant effondré la muscularis mucosae et infiltrant à la fois en largeur et en profondeur la sous-muqueuse. Celle-ci est en général épaissie, dense, fibreuse sur la plus grande partie de sa surface, tandis qu'ailleurs, en quelques points, elle est constituée par un tissu conjonctif lâche, délié, d'aspect légèrement œdémateux. Ici, le néoplasme ne fait aucun doute, mais il est difficile d'affirmer histologiquement la préexistence d'un proces-

sus ulcéreux, la densification de la sous-muqueuse paraissant trop localisée et n'existant d'ailleurs pas en des points où siègent les éléments néoplasiques.

L'épithélioma est en surface encore localisé au 1/3 interne de la sous-muqueuse et pouvant donc être considéré soit comme lésion récente, soit comme lésion peu infiltrante.

Il faut signaler une infiltration massive de la muqueuse et de la sous-muqueuse par des éléments lymphoïdes le plus souvent groupés en nodules caractérisés mais existant aussi plus ou moins essaimés entre les édifications nodulaires. Il s'agit de lymphocytes, de plasmocytes, avec d'assez nombreux éosinophiles et des polynucléaires neutrophiles.

OBSERVATION VII

Mme D..., 54 ans. (D^{rs} LESBROS et MONTAGARD).

La malade, vue en Février 1929, souffre de l'estomac depuis 28 ans, avec des rémissions complètes de plusieurs mois.

Elle présente tous les signes d'une sténose pylorique : vomissements tardifs, très abondants et fétides, amaigrissement de 12 kilogs en 6 mois. On perçoit des ondes péristaltiques.

A la radioscopie, grand estomac en coupe qui ne se vide pas.

Les réactions de Weber et de Meyer sont positives.

Intervention en Mars 1929 (D^r MONTAGARD) :

On trouve un ulcère de la petite courbure et on pratique une large gastrectomie.

Examen de la pièce : ulcération de la petite courbure, de la surface d'une paume de main, mais peu profonde, à fond vallonné mais assez lisse, reposant sur un estomac épaissi, cartonné.

Guérison apparente pendant deux ans et demi.

La malade rentrée à l'hôpital, meurt en Mars 1932, présentant de la cachexie, des douleurs dans les membres inférieurs,

sans troubles neurologiques. On pense qu'il s'agit de métastases osseuses ?

Examen histologique : Cancer.

Voir les détails de l'examen, page 133.

OBSERVATION VIII

X..., 57 ans. (D^r DELORE).

Le malade, officier hospitalisé à l'hôpital Desgenettes, présente des signes d'ulcère de l'estomac depuis environ deux ans, aggravés depuis 3 mois. L'examen radiographique montre une large sténose et une niche prépylorique.

Intervention, 29 Mai 1934 :

Il s'agit d'une ulcération prépylorique. On pratique une gastropyloréctomie large au bouton du type Billroth II, postérieure, précolique. La lésion est largement dépassée. On note quelques ganglions sous-pyloriques et gastro-épiploïques droits.

Ce n'est que *sur la pièce* qu'une induration légère au pourtour de l'ulcération évoque un moment l'idée de cancer.

Les suites opératoires ont été bonnes, le malade va bien actuellement.

Examen histologique : épithélioma atypique caractéristique.

OBSERVATION IX

M. S..., 61 ans. (D^r DELORE).

Le malade est vu en Mars 1930, par un médecin de la ville, pour un syndrome douloureux tardif, sans vomissements. On porte le diagnostic d'ulcère prépylorique.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On pratique une large gastro-pyloréctomie, dépassant bien les lésions du type Billroth II, au bouton, postérieure, pré-colique.

Il n'existe pas de ganglions.

En arrière, on observe une périgastrite naquée, très développée, comme on en voit dans les très vieux ulcères. Le duodénum est fermé par ligature et enfouissement.

Examen de la pièce : ulcère typique.

Les suites opératoires sont bonnes, le malade vit toujours.

Examen histologique : il répond à la plus grande surprise : Cancer.

OBSERVATION X

M. FR..., 53 ans. (D^r DELORE).

Le malade est vu en Mai 1932. La maladie a débuté, il y a dix ans. Il y a un mois s'est déclarée une hémorragie, mais le malade maigrit depuis environ deux ans.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve une grosse lésion calleuse de la région pylorique. Gastro-pyloréctomie Billroth II au bouton, postérieure, pré-colique. Ligature du duodénum. La lésion est bien dépassée.

Examen de la pièce : il existe un double ulcère de l'estomac, l'un prépylorique, l'autre sur le pylore (versant gastrique). Ils sont calleux, très profonds avec des bords bourgeonnants. Il s'agit probablement de cancer. Petits ganglions sous-pyloriques et rétro-pyloriques très durs.

Les suites immédiates ont été simples. On n'a pas de nouvelles du malade depuis.

Examen histologique des deux ulcérations :

Cancer colloïde sur l'une, fond d'ulcère simple sur l'autre.

OBSERVATION XI

M. Co..., 42 ans. (D^r DELORE).

Le malade est vu le 27 Juin 1931, ayant des signes d'ulcère gastrique avec amaigrissement et syndrome douloureux tardif, sans vomissements ni hémorragies. A l'examen radioscopique, légère sténose.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve un ulcère calleux prépylorique.

Gastro-pylorectomie Billroth II au bouton, postérieure, précolique. La lésion est bien dépassée, mais on se heurte à une hémorragie assez importante.

Examen de la pièce : ulcération des dimensions d'une pièce de cinq francs. On pense à un ulcère banal, qu'évoque tout à fait l'aspect macroscopique de l'ulcération.

Les suites sont bonnes. Le malade est revu en Mars 1934 avec des douleurs abdominales violentes. On constate l'existence d'une tumeur.

2^e *Intervention :* Une laparotomie exploratrice montre une généralisation péritonéale, et un envahissement de la petite courbure remontant jusqu'au cardia.

Examen histologique (lors de la première intervention) (D^r J.-F. MARTIN) : Epithélioma de type intestinal.

OBSERVATION XII

X... (D^r DELORE).

Le malade est vu en Décembre 1930. Il présente des signes d'ulcère avec des douleurs post-prandiales tardives, depuis

un mois et demi, des hémorragies gastriques, des moelenas, des signes d'anémie intense.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve un gros ulcère calleux sur la petite courbure. Celle-ci est très rétractée, le cardia étant très rapproché du pylore. Pas de ganglions.

Gastro-pylorectomie large, passant à trois centimètres au-dessous du pylore. Billroth II au bouton, postérieure, pré-colique. Suture duodénale difficile, renforcée par de l'épiploon.

Examen de la pièce : ulcère calleux.

Suites opératoires bonnes. Guérison.

Le malade revient deux mois après avec de nouveau des vomissements. Il a maigri. Depuis, il a été perdu de vue.

Examen histologique : Epithélioma colloïde.

OBSERVATION XIII

X..., 55 ans. (D^r DELORE).

Il s'agit d'un malade qui souffre d'une histoire ulcéreuse typique depuis plusieurs années.

Intervention en 1930 :

On trouve un ulcère calleux de la petite courbure adhérent au pancréas.

Gastro-pylorectomie Billroth II au bouton, postérieure, pré-colique. Rien ne fait soupçonner le cancer.

18 mois après, le malade revient avec une tumeur abdominale. 22 mois après, mort.

Examen histologique : Epithélioma atypique.

OBSERVATION XIV

M. P..., 35 ans. (D^r DELORE).

Le malade vu le 13 Août 1929 présente depuis 8 jours une grave hémorragie intestinale sans hématomèse. Anémie intense. Pouls à 120.

Intervention :

A l'ouverture, on se trouve en présence d'un ulcère calleux avec petite courbure à 5 cm. du pylore. Gastro-pylorectomie très correcte Billroth II au bouton, postérieure, précolique.

Sur la pièce : gros ulcère, au centre duquel on voit un vaisseau ouvert et bouché par un caillot ; il s'agit de l'anastomose entre la coronaire et la pylorique. Le vaisseau est béant et fait saillie dans la cavité de l'ulcère qu'il surplombe de 3 à 4 mm. L'aspect réalisé est exactement celui d'un ulcère simple avec ulcération d'un gros vaisseau.

Examen histologique (D^r J.-F. MARTIN) : *Cancer du type intestinal* avec réaction fibreuse.

Le 19 Août, le malade meurt brusquement, présentant de l'agitation. La cause du décès est méconnue.

*
* *

Il s'agit en somme dans tous ces cas de lésions réséquées d'emblée, et que l'on a prises pour des ulcères simples. Nous n'avons pas cherché à établir dans quelle proportion une pareille éventualité survenait, nos observations appartenant d'ailleurs à divers chirurgiens, tandis que nous ne possédions pas les chiffres nous permettant d'établir ce rapport. Mais il suffit de consulter quelques statistiques pour se rendre compte que la pro-

portion des cancers méconnus et pris pour des ulcères est très grande.

— LECÈNE, sur 63 gastrectomies effectuées depuis 1920 pour des ulcères calleux, donne le chiffre de 15 cancers reconnus histologiquement : sur 37 ulcères calleux non pénétrants, 10 étaient des cancers; sur 26 ulcères calleux pénétrants, il y avait 5 cancers ; soit dans l'ensemble, dans un quart des cas, il s'agissait de cancer.

— DELAGENIÈRES fait examiner par BEAUCHEF ses 20 dernières pièces de gastrectomie (Congrès de Chirurgie, 1920). Il trouve 12 cancers, dont 4 ulcères cancérisés certains (envahissement partiel d'un bord).

— A la même époque, DUJARIER, sur les 18 cas de sa statistique, trouve 3 ulcères dégénérés.

— PAUCHET, sur 80 gastrectomies pour lésion ulcéreuse, d'apparence bénigne, examinées par HIRSCHBERG, trouve 9 ulcéro-cancers.

— HORTOLOMEI, parmi 90 ulcères réséqués, note 7 cancers.

— J. C. MASSON, examinant 1400 ulcères bénins réséqués, trouve 18 % de cancers histologiques.

— Parmi 82 résections pour ulcus, de FINSTERER, où le diagnostic clinique et macroscopique d'ulcus semblait évident, il s'en trouve 20 où l'examen histologique du P^r STOERCK découvre la dégénérescence.

— ANSCHUETZ prétend que lorsqu'on suit pendant 2 ans les malades opérés d'ulcère calleux, on en trouve une proportion de 8 à 11 % qui sont morts de cancer.

— Si l'on examine avec soin les observations d'HARTMANN, concernant des ulcères de la petite courbure trai-

lés par résection segmentaire ou en selle, on a la surprise de trouver sur un total de 73 interventions, 9 cancers prouvés par l'évolution ultérieure et se répartissant ainsi :

33 résections en selle et G.E.A. : 3 cancers

40 résections segmentaires : 6 cancers

Nous voyons donc, sans vouloir donner aux chiffres une valeur absolue qu'ils sont loin d'avoir, que le danger est réel de méconnaître dans certaines conditions le cancer de l'estomac. Les chirurgiens les plus habitués aux interventions gastriques ont été les victimes de pareilles erreurs ; autant conclure, comme le faisait TURFIER en 1909, à propos d'un petit ulcère d'aspect bénin et pourtant néoplasique, à l'impossibilité de reconnaître opératoirement la malignité, dans certains cas du moins. Tous les chiffres que nous venons de citer ne concordent certes pas tous exactement, mais on doit cependant reconnaître qu'ils sont assez voisins, si l'on tient compte surtout de ce fait que ces statistiques appartiennent à des chirurgiens différents et concernent par conséquent des cas différents. Sans vouloir être trop pessimiste, en redoutant le cancer dans tous les cas d'ulcère, il faut attirer cependant l'attention sur un fait qui nous paraît nettement établi : c'est que 12 à 25 % des ulcères chroniques calleux de l'estomac sont en réalité des cancers.

GASTRECTOMIES D'EMBLÉE

OBSERV. N°	AGE	SEXE	DURÉE DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE	TYPE HISTOLOGIQUE DU NÉOPLASME	EXISTENCE D'UN ULCÈRE ANTÉRIEUR	RÉSULTATS
I	32	H	2 ans	Très atypique : colloïde		Survie de 5 ans
II	60	H	2 ans	Métatypique	Probable (preuve histologique)	Trop récents (1933)
III	?	H	?	Métatypique	Probable (preuve histologique)	Survie de 7 ans
IV	55	H	3 ans	Atypique	Certaine (preuve histologique)	Malade non retrouvé
V	27	F	7 ans	Atypique		Trop récents (1933)
VI	43	H	6 ans	Métatypique		Trop récents (1933)
VII	54	F	28 ans	Atypique	Certaine (Histologie + Clinique)	Survie de 3 ans
VIII	57	H	2 ans	Atypique		Trop récents (1934)
IX	61	H	?	?		Vit depuis 4 ans
X	53	H	10 ans	2 ulcérations (cancer colloïde ulcère simple)		Malade non retrouvé
XI	42	H	?	Cancer de type intestinal		Survie de 3 ans
XII	?	H	Passé récent	Type colloïde		Survie semblant courte : pas de renseign. précis
XIII	55	H	Passé ancien Hémorragie intest. récente	Atypique Cancer de type intestinal avec réaction fibreuse		Survie de 22 mois
XIV	35	H				Mort opératoire

B. — OPÉRATIONS EN DEUX TEMPS

Dans ce groupe, nous avons classé les observations où l'aspect des lésions se présentait sous un jour un peu différent et ne semblait pas autoriser l'exérèse d'emblée. Le plus souvent d'ailleurs, au cours de cette première intervention, il y avait doute plutôt en faveur du cancer, et ceci indépendamment de toute notion clinique que nous laissons volontairement de côté dans ce chapitre. Puis lors de la seconde intervention, on avait la surprise de trouver cette lésion, prise d'abord pour un cancer, fortement diminuée de volume, rendue mobile et paraissant tout à fait enlevable. Le diagnostic primitif était alors réformé et l'on pensait avoir affaire à un ulcère banal. Cette amélioration de vieux ulcères surtout pyloriques, et simulant par leur volume, leurs adhérences, leurs ganglions, leur aspect extérieur, le cancer, sous l'influence d'une simple gastro, est une notion très connue et très classique, et à l'heure actuelle les observations en sont très nombreuses. Il est donc parfaitement inutile d'en faire une étude spéciale.

Mais il est un point sur lequel nous voulons insister : c'est que cette amélioration, si importante soit-elle, n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic d'ulcère, et ce qui fait justement l'intérêt de nos observations, c'est que lorsque la gastrectomie décidée, malgré l'aspect devenu bénin des lésions, eut enlevé l'ulcère suspect,

l'examen microscopique répondit cependant : cancer. Et l'on peut mesurer toute la portée de ces faits en pensant que, dans plusieurs cas, la lésion avait un aspect tellement bénin que l'on a hésité à faire une gastrectomie large. Il faut donc savoir que, même les cancers ulcérés ou les ulcères chroniques en voie de transformation cancéreuse peuvent être améliorés considérablement par une gastro-entérostomie faite dans un premier temps, mais que ce n'est pas là une raison suffisante pour ne pas pratiquer une gastrectomie dans un deuxième temps.

Cinq observations répondent à ce type.

Ce sont des malades pour lesquels on avait posé l'indication d'une gastrectomie, mais, à cause des lésions découvertes, cette dernière fut différée de quinze jours ou trois semaines. Ce sont en quelque sorte *des gastrectomies primitives, mais retardées*.

Enfin, une sixième observation, que nous devons à M. le Professeur TIXIER, rentre dans cette catégorie, mais il s'écoula un peu plus de deux mois entre les deux opérations, la gastrectomie ayant été décidée surtout à cause du doute qui persistait. Cette observation est un bel exemple du « diagnostic alternant » auquel nous faisons allusion au chapitre précédent.

OBSERVATION XV

Mme Co..., 65 ans. (D^r SANTY).

La malade vient pour une sténose pylorique par ulcus.

Elle présente un passé gastrique remontant à 10 ans, avec des douleurs post-prandiales tardives, pas de vomissements, une évolution par poussées successives.

Il y a 6 ans, un médecin consulté aurait fait le diagnostic d'ulcère duodénal après de *grands vomissements de sang*. Un traitement médical amena la guérison pendant trois ans, puis les douleurs gastriques reprirent avec de la constipation.

Il y a trois semaines, pour la première fois, il se produisit de grands vomissements alimentaires remontant à plusieurs jours. Amaigrissement de 5 à 6 kilogs.

A l'examen, estomac énorme de sténose avec clapotage, malgré le jeûne et deux lavages. Pas de tension intermittente ni d'ondes péristaltiques. Dans la région prépylorique, il semble que l'on perçoive une petite tumeur très dure du volume d'un œuf de pigeon.

Intervention, 3 Juin 1933 :

Anesthésie locale.

Malgré les lavages, l'estomac contient beaucoup de liquide.

La lésion est constituée par un petit néo pylorique du volume d'une petite noix, très enlevable, mais que l'on devra enlever dans un second temps, à cause de la sténose.

On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, en évacuant l'estomac avec l'aspirateur au moment du surjet muqueux. La malade sera reprise dans une quinzaine de jours.

2^{me} Intervention, 20 Juin 1933 :

Anesthésie locale suffisante, un peu douloureuse à la fin.

Libération facile de l'estomac. La masse a beaucoup diminué de volume. On hésite à faire une gastrectomie, car on a

l'impression que la tumeur initiale était uniquement inflammatoire et que la lésion qu'on explore est purement le reliquat d'un ulcère chronique banal.

Hémostase, en commençant par le pylore. Pylorectomie de gauche à droite qu'on est obligé de faire un peu économique à cause de la situation de la gastro. Libération et enfouissement du duodénum très simple.

L'examen de la pièce montre qu'il paraît s'agir d'un ulcère très ancien, avec sténose punctiforme du pylore. On fait un prélèvement pour examen histologique.

Les suites opératoires sont simples, malgré une petite fistule duodénale se fermant aisément au bout de 3 semaines environ.

En Septembre 1933, la malade revient pour quelques troubles fonctionnels : vomissements bilieux. Elle a repris 3 kilogs. La cicatrice pariétale est cependant un peu indurée (?)

En Décembre 1933, la malade est revue par le Dr SANY. Elle présente un état extrêmement précaire, est en pleine récurrence, non seulement péritonéale et gastrique, mais encore cutanée.

Elle succombe quelques semaines plus tard.

L'examen histologique est donc *complètement infirmé par l'évolution clinique* et on demande un nouvel examen des pièces.

Examen histologique (Dr J.-F. MARTIN) :

Le fragment a été examiné dans toute sa longueur sur une large surface. La muqueuse gastrique est normale, de même que la muqueuse duodénale, mais au voisinage du pylore, on voit partant de la muscularis mucosae — qui progressivement s'est hyperplasiée et s'est clivée, tout en gardant sa direction originelle — une travée musculaire s'élever perpendiculairement jusqu'à la surface de l'estomac. Elle aboutit ainsi à un cratère très petit dont le fond n'est pas tapissé par la muqueuse. De part et d'autre de cette dépression s'élèvent des talus très élevés, bordés par une muqueuse hyperplasiée dont les culs-de-sac glandulaires forment des microkystes et dont

certaines éléments arrivent à s'entremêler avec des pinceaux musculaires de la muscularis mucosae épaissie.

Ces lésions hyperplasiques ne doivent pas être considérées comme du cancer ; en effet, elles restent bien ordonnées, il n'y a aucune pénétration dans le chorion sous-muqueux. En-dessous de la lésion signalée, il existe un épaississement fibreux du chorion qui s'étale relativement peu de part et d'autre de ce territoire, mais qui est le siège d'une infiltration lymphoplasmocytaire encore nette. On retrouve cette inflammation exsudative, atténuée d'ailleurs, entre le faisceau musculaire, jusque dans la sous-séreuse où elle est accompagnée d'une hyperplasie du tissu graisseux qui forme là un véritable petit lipome inflammatoire.

Pas de lésions vasculaires ni nerveuses importantes.

Nous avons donc repris les blocs de la pièce ancienne et pratiqué de nouvelles coupes.

Dans une de ces coupes, nous avons trouvé des formations glanduliformes au-dessous de la muscularis mucosae, sans doute peu nombreuses, mais malgré tout très suspectes.

On peut, par conséquent, dire que le cancer avait passé inaperçu lors d'un premier examen.

OBSERVATION XVI

Mme DA..., 44 ans. (D^r SANTY).

La malade qui présentait une histoire gastrique ancienne, a été vue une première fois pour un syndrome ulcéreux en 1927, puis en 1930.

Elle revient à la consultation avec un syndrome de sténose du pylore pour lequel on conseille une intervention.

Intervention, le 12-4-32 (D^r SANTY) :

Anesthésie au Schleich. Grand estomac à parois épaissies. L'antrum pylorique est occupé par une lésion assez volumi-

neuse, siégeant sur la petite courbure et donnant la sensation d'un ulcère floride probablement dégénéré.

Gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, avec l'idée de faire une gastrectomie secondaire.

Suites opératoires : simples.

2^{me} Intervention, le 3-5-32 (D^r SANY) :

Anesthésie au Schleich.

Estomac adhérent à la cicatrice pariétale assez facile à libérer. Vérification de la gastro qui est très perméable, avec quelques accidents inflammatoires.

L'ulcère existe toujours : il a un peu rétrocedé mais est toujours cavitaire.

Pylorectomy sans incident. La tranche de section gastrique passe au ras de l'anastomose.

Examen de la pièce : Ulcère d'aspect bénin, dont la cavité a dû se combler en partie depuis la gastro et dont la surface est recouverte d'un exsudat puriforme. Le siège exact de l'ulcère est juxtapylorique, sur la petite courbure, arrivant juste au ras de la ligne sphinctérienne. On est frappé par l'hypertrophie du sphincter pylorique.

La malade est revue le 18-2-33. Excellent résultat.

Examen histologique : Cancer.

Voir les détails, page 136.

OBSERVATION XVII

M. L..., 52 ans. (D^r SANY).

Le malade présente une histoire clinique insidieuse de cancer gastrique confirmé par des examens radioscopiques qui montrent une rétention gastrique légère et un pylore flou.

Intervention, le 18-5-28 :

Anesthésie au Schleich.

On trouve un néoplasme pylorique du volume d'une noix

verte, peu mobile, surmonté d'un petit ganglion gros comme un pois dans le petit épiploon. On hésite à faire une ablation en un temps, malgré l'absence de sténose nette et on fait une Gastro à la suture.

On réserve la probabilité d'un second temps ultérieur.

2^{me} Intervention le 9-6-28 :

Anesthésie au Schleich.

On fait une incision en « L », avec la branche horizontale au niveau du grand droit du côté droit. La tumeur a beaucoup diminué de volume, elle est très à droite et elle tient dans la profondeur : les lésions ont régressé de telle sorte qu'on hésite à faire une ablation, pensant se trouver en présence d'un ulcère.

L'examen macroscopique de la pièce confirmera d'ailleurs cette impression de bénignité.

On se décide cependant à pratiquer une gastro-pyloréctomie par section première de l'antra pylorique. Libération de proche en proche du pylore et du duodénum qui sont réunis au pancréas par des adhérences vasculaires. On sectionne l'estomac en territoire sain. Bon enfouissement à trois plans du duodénum.

Les suites immédiates sont d'abord troublées par quelques vomissements hématiques nécessitant deux lavages d'estomac. Elles sont dès lors très simples.

Le malade, revu deux mois après l'intervention, est en bon état. Il a peu engraisé.

Revu en Janvier 1929, il a un bon aspect général, il est coloré, a engraisé de 7 kilogs. Il se plaint de douleurs abdominales, cependant l'examen est négatif. On conseille le port d'une sangle abdominale.

On apprend que le malade est décédé le 17 Octobre 1930, sans qu'on possède d'autres détails.

Examen histologique : Cancer.

Voir page 140.

OBSERVATION XVIII

Mme GR..., 42 ans, de Verizieu (Ain).

Vient consulter le 18-9-29. A eu un enfant. Pas d'autres antécédents qu'une typhoïde pendant le nourrisage.

Depuis très longtemps, la malade accuse des troubles digestifs, plus accentués depuis trois ans. Elle a maigri beaucoup depuis 4 mois et elle suit un régime et souffre quand même.

A la radioscopie, il y a trois mois, on avait fait le diagnostic d'ulcus duodénal.

Actuellement, à l'examen somatique, on perçoit un empâtement très net de la région épigastrique à droite. La radioscopie montre une amputation du pylore et une déformation considérable pyloro-duodénale. Il s'agit peut-être bien d'un réoplasme.

Intervention le 20-9-29 (Dr SANTY) :

Anesthésie générale au Schleich.

La paroi est grasse, très épaisse. Il s'agit d'un néoplasme du pylore, gros comme une noix verte, presque circulaire, avec quelques taches de bougie sur le péritoine, très mobile, très enlevable, sans ganglions. On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, dans l'intention de faire l'ablation au cours d'un second temps.

Suites opératoires : fébriles et douloureuses du fait d'un volumineux hématome suppuré.

2^{me} Intervention le 14-10-29 (Dr SANTY) :

Anesthésie générale au Schleich.

Libération difficile de l'estomac adhérent à la cicatrice opératoire. On pratique une pylorectomie large sans incidents. La suture duodénale est bonne ; il faut noter que la gastro se trouve très au contact de la tranche gastrique.

Examen de la pièce : la lésion est moins volumineuse que

la première fois, il s'agit probablement d'un ulcère. On fait un prélèvement pour examen histologique.

Suites opératoires : à peine troublées par quelques vomissements noirs cédant aux lavages d'estomac. Elles sont excellentes à part cet incident.

La malade part le 31-10-29, en parfait état.

Le 14-1-30, la malade est revue en très bon état. Elle a bon aspect, le visage est coloré, elle a engraisé de 12 kilogs. Elle a quelques phénomènes douloureux, mais l'examen est négatif. Il existe seulement une légère éventration.

Le 17-3-30, la malade est revue pour des phénomènes douloureux et surtout pour des vomissements. L'état général est bon, mais on perçoit à l'examen une grosse masse sous-hépatique.

Son médecin nous écrit qu'après une amélioration passagère, la malade présente des métastases nombreuses, surtout du foie et du péritoine. Elle est décédée vers la fin de 1930.

Examen histologique : Cancer.

Voir page 123.

OBSERVATION XIX

M. C..., 67 ans. (D^r SANTY).

Vient consulter en Décembre 1927. Ne présente pas de passé gastrique. Il accuse, depuis 6 mois, un amaigrissement progressif. Depuis 3 semaines, il existe des signes de sténose pylorique. A l'examen : on trouve un énorme estomac avec clapotage à jeun et tension intermittente. Péristaltisme très net. Le malade est amaigri mais encore robuste.

On pratique un lavage d'estomac à jeun qui ramène des débris très importants et ne peut arriver à éclaircir l'estomac. On pratique deux jours après un second lavage qui ramène encore un gros résidu alimentaire. Cependant, le liquide finit par ressortir clair.

Intervention le 27-12-27 :

Anesthésie au Schleich.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Il s'agit d'un volumineux néoplasme squirrheux du pylore, ayant débuté sur la grande courbure, du volume d'une petite mandarine, entièrement mobile, sans ganglion.

L'estomac distendu, très épaissi est fragile. On décide d'opérer en deux temps.

On exécute donc une G.E.A.P. à la suture en trois plans. L'intervention est encore troublée par un gros vomissement alimentaire.

Suites opératoires : bonnes.

2^{me} Intervention le 17-1-28 :

Anesthésie au Schleich.

Incision transversale du muscle grand droit.

On a la surprise de trouver la masse très diminuée de volume, encore plus mobile que la première fois.

On revient donc sur le diagnostic et on fait celui d'ulcère chronique.

On exécute une gastro-pyloréctomie large, correcte et sans incidents.

L'examen de la pièce confirme qu'il s'est agi d'un ulcère chronique avec grosse hypertrophie des muscles et infiltration étendue de la muqueuse.

Prélèvement d'un fragment pour examen histologique.

Suites opératoires : parfaites, sans aucun incident.

Le malade rentre chez lui le 15^e jour après l'intervention.

Son médecin nous fait savoir qu'il avait repris plusieurs kilogs. Les digestions étaient satisfaisantes, sans aucun signe d'envahissement néoplasique. Mais le malade est décédé en Mai 1928 d'affection intercurrente (pneumonie double).

Examen histologique (Dr NOËL) :

Epithélioma glanduliforme métatypique de type intestinal (mucus et inclusions intracellulaires, prenant le mucicarmin).

On retrouve des tubes épithéliomateux dans toute l'épais-

seur de la paroi et jusque dans la musculieuse qui se montre dissociée par places.

OBSERVATION XX

Co..., 57 ans. (P^{rs} TIXIER et P. BONNET).

En Août 1927, le malade a commencé à avoir des vomissements qui sont devenus très fréquents : vomissements tout d'abord à horaire fixe, se produisant 3 heures après les repas. Jamais d'hématémèse. A l'heure actuelle, amaigrissement de 8 kilogs, perte des forces, constipation, oligurie.

A l'examen : la région gastrique est tendue, l'estomac est très dilaté, sans clapotage, ni ondes péristaltiques. On ne perçoit aucune masse anormale. Il s'agit d'un état de sténose avec asystolie gastrique.

La veille de l'intervention, on pratique un lavage d'estomac qui nécessite environ 20 litres pour que l'estomac soit propre.

Intervention le 20 Août 1927 :

A. G. Kelène-Ether.

Petite incision épigastrique. On trouve un grand estomac, dont la région pylorique présente à sa région antérieure une plaque nacrée indurée, couverte de franges d'épiploon, comme s'il s'agissait d'un ulcus en voie de perforation.

A la palpation, on sent une tumeur indurée, occupant le pylore resté cependant assez mobile pour qu'on espère faire une pylorectomie dans un deuxième temps. On croit qu'il s'agit plutôt d'un ulcus calleux enflammé en voie de perforation que d'un néoplasme.

Gastro au bouton.

Suites simples.

Le malade revient en Novembre 1927. Il a engraisé de 6 kilogs, a repris des forces, n'a plus jamais vomi, mais il souffre beaucoup. On s'étonne un peu de le voir souffrir au-

tant, mais on se base sur ce qui a été constaté à l'opération, et on se décide à l'opérer.

2^{me} Intervention, le 9 Novembre 1927 :

Laparotomie sur la cicatrice.

On trouve un gros cancer occupant le pylore étendu sur la petite courbure, très fixé au pancréas. Ce cancer est franchement inopérable. On se décide pourtant à faire une gastrectomie à titre palliatif pour soulager les douleurs. Gastrectomie au voisinage de la bouche remontant très haut sur la petite courbure. Au niveau du duodénum, on tranche en plein néoplasme en clivant le pancréas très adhérent et induré. Fermeture difficile mais convenable du duodénum. Pronostic très réservé.

Examen de la pièce : A l'ouverture de l'estomac, on est surpris de trouver qu'il s'agit d'un énorme ulcère calleux, avec pylore complètement fermé et épaissement énorme des parois. Gros ganglion marbré mais sans suc néoplasique.

Suites opératoires : la plaie abdominale suppure. Elle est désunie et il s'écoule un liquide qui fait penser qu'il existe une fistule opératoire.

5 jours après l'intervention, il se produit un écoulement de bile : la fistule duodénale est constituée.

Décès un mois après l'intervention.

Examen histologique (Dr E. POLLOSSON) :

Epithélioma glandulaire très atypique de l'estomac avec infiltration en profondeur de toutes les tuniques. Le ganglion est largement envahi par les cellules néoplasiques.



Nous avons rattaché à ce groupe cinq autres observations qui sont en réalité très différentes en ce sens que les deux temps opératoires furent séparés par un intervalle de trois ans pour trois d'entre elles, de quatre

ans et de dix-huit mois pour les deux autres. Il s'agit ici de malades chez lesquels on pratiqua une gastro pour ulcère ; ce n'est qu'ultérieurement que, devant la continuation ou la reprise des phénomènes douloureux initiaux, ils furent gastrectomisés par des chirurgiens différents. Si ce deuxième temps, très tardif et nullement prévu d'emblée, n'était survenu, ces observations rentreraient dans le cadre du troisième groupe que l'on verra plus loin. Nous classerons ces cas sous le nom de gastrectomies secondaires.

Il y a donc entre ces observations et celles que l'on vient de lire une différence très nette qui n'est pas une simple question de mots.

OBSERVATION XXI

M. Co... Ph..., 59 ans, cultivateur à Meyzieu. (P^{rs} LERICHE et SAVY).

Entré le 15-2-34. Malade envoyé du service du P^r SAVY, avec le diagnostic d'ulcus peptique probable. Le mot suivant l'accompagnait : « Perforation d'un ulcère calleux de la région pylorique, le 29 Mars 1931. Opéré par le D^r DURoux (suture et gastro). Guérison jusqu'en Décembre 1933, puis apparition d'un syndrome douloureux gastrique très intense avec vomissements et anémie (2.400.000). Weber très positif et hyperchlorhydrie (HCl libre lg. 49) permettant de songer à l'ulcus peptique hémorragique plutôt qu'au néoplasme greffé. A la radioscopie, la bouche d'anastomose fonctionne normalement. L'intervention est indiquée après traitement de l'anémie, au besoin par transfusion. »

A l'interrogatoire, perforation opérée en 1931. Les troubles remontaient à 14 années environ avec une évolution ulcéreuse

typique : périodes séparées par des accalmies, douleurs trois heures après les repas s'accompagnant de vomissements non alimentaires. Reste parfaitement guéri jusqu'en Décembre 1933, sauf une éventration. Depuis Décembre dernier, syndrome douloureux gastrique surtout intense le soir, se prolongeant jusqu'à deux heures du matin. Douleurs très violentes siégeant au creux épigastrique, s'accompagnant d'irradiations dorsales, non calmées par les alcalins, mais par le lait. Vomissements presque quotidiens bilieux. Jamais d'hématémèses, mais constamment des melœnas abondants. Il avait noté la couleur noire de ses selles. Syndrome anémique marqué avec décoloration des téguments, asthénie, sans amaigrissement ni perte de l'appétit. En somme, histoire ulcéreuse typique.

L'examen est entièrement négatif et en particulier ne montre à la palpation aucune induration, aucune tumeur, aucun point douloureux particulier. Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 29.

Une première transfusion sanguine est faite le 20-2-34. Elle est de 400 cc. La numération globulaire pratiquée deux jours après montre 2.600.000 globules rouges. Une deuxième transfusion de 400 cc. est pratiquée quatre jours après sans incidents. Le chiffre des globules rouges est monté seulement à 2.900.000. Il est à noter que pendant toute cette période préopératoire où le malade était simplement en observation, il présentait une température qui oscillait régulièrement autour de 38°. La deuxième transfusion fut suivie pendant 4 ou 5 jours d'une élévation thermique à 39°5 dont la cause est restée inexpiquée.

Intervention le 6 Mars 1934 (P^r LERICHE) :

On fait une anesthésie au Rectanol + Ether, à cause de l'éventration ancienne. Il existe une symphyse pariétale complète de l'épiploon, de l'estomac et du colon. Après les libérations nécessaires, on regarde tout d'abord l'anastomose qui n'est pas indurée, pas très grande, mais perméable. Derrière

un gros paquet épiploïque, on perçoit une tumeur antrale, fixée surtout au pancréas, avec de nombreux petits ganglions. On fait une gastrectomie palliative, malgré les conditions très défavorables : tous les pédicules sont rétractés et l'estomac très difficile à extérioriser. Gastrectomie de gauche à droite, en conservant l'anastomose. Fermeture de la paroi en un plan aux fils métalliques.

Examen de la pièce : volumineuse tumeur pylorique s'arrêtant net au niveau du duodénum et s'étendant assez loin dans la direction de l'antré. Il existe sur le versant duodénal de petites zones hémorragiques en surface. Toute la lésion a l'aspect d'une énorme tumeur calleuse sans ulcération à proprement parler. A la coupe, on rencontre un ou deux petits abcès pariétaux. On envoie deux fragments pour l'examen histologique, l'un prélevé en pleine tumeur, l'autre au niveau de la jonction de la lésion avec la paroi gastrique saine.

On pratique, le soir même de l'intervention, une nouvelle transfusion de 400 cc. Les *suites immédiates* sont extrêmement simples.

Le 5^e jour, la température monte à 40°. Il existe du ballonnement, quelques vomissements de sang noir cèdent à deux ou trois lavages d'estomac.

Les suites sont dès lors très simples. Le malade se remonte très rapidement et quitte le service en excellent état environ vingt jours après son intervention. Une numération globale, lors de la sortie, avait montré un chiffre de globules sensiblement normal (4.500.000).

Le malade revu en Octobre 1934 est en excellent état. Il a engraisé de 10 kilogs, ne souffre pas de l'estomac : ses digestions sont normales, il est seulement porteur d'une éruption qui n'est cependant pas très gênante.

Examen histologique (D^r NOËL) :

La muqueuse et la sous-muqueuse ont complètement disparu. Elles sont remplacées par des cavités que séparent les unes des autres des tractus conjonctivo-musculaires. Ces ca-

vités sont tapissées par un épithélium souvent pluri-stratifié, constitué par des cellules atypiques à noyaux irréguliers très fréquemment en mitose et occupant la base du corps cellulaire. Quelques cellules présentent le type mucipare, mais en général, le protoplasma est homogène, intensément acido-phile et présentant parfois une condensation apicale du type plato-cuticulaire avec même présence de cadres intercellulaires.

La lumière de ces cavités est occupée par de véritables villosités dont l'axe conjonctivo-vasculaire est revêtu d'un épithélium identique à celui qui tapisse la paroi elle-même. L'ensemble des formations incluses à l'intérieur de ces cavités rappelle un peu ce que l'on observe dans les épithéliomas dits dendritiques du sein. Au sein des axes conjonctifs et des travées conjonctivo-musculaires, il existe une très grosse infiltration par des éléments réactionnels lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires neutrophiles.

La paroi stomacale normale n'est plus représentée que par la musculouse aplatie, doublée d'une séreuse épaissie. L'une et l'autre sont infiltrées par des lymphocytes et des plasmocytes disposés soit en nappes continues, soit en îlots plus ou moins isolés. Entre les formations épithéliales les plus profondément situées et la partie de la musculouse la plus interne (du côté de la cavité gastrique), il existe une bande fibreuse d'épaisseur variable suivant les points et qui se montre littéralement bourrée d'éléments réactionnels lympho-plasmocytaires auxquels s'ajoutent en quelques endroits de nombreux histiocytes. Cette lame fibreuse — dernier vestige de la sous-muqueuse tassée contre la musculouse — ne paraît pas avoir été dépassée par le processus néoplasique, bien qu'en certains points les formations glanduliformes viennent au contact même de la musculouse. Néanmoins, dans une zone située au-delà de la musculouse, entre celle-ci et la séreuse, il existe un noyau épithéliomateux typique entouré d'un halo de polynucléaires pycnotiques, constituant une sorte d'abcès. La

muscleuse est donc certainement envahie en un point quelconque sans doute situé en dehors de la coupe examinée.

En somme, il s'agit d'un épithélioma métatypique dendroïde ayant envahi les tuniques gastriques *sans qu'on puisse mettre en évidence dans celles-ci de vestiges* d'un processus ulcéreux antérieur, tout au moins au niveau des coupes examinées.

De cette observation, nous pouvons rapprocher celle analogue décrite par G. COSTANTINI, concernant un cancer gastrique développé six mois après une perforation d'ulcère.

Nous pouvons encore en rapprocher le cas de perforation d'un ulcère cancérisé publié par TECOMENNE de Liège, et le cas de DELAGENIÈRES. Il s'agissait ici d'un ulcère perforé de la petite courbure, sans aucun épaississement des bords. L'excision pratiquée, une biopsie mit en évidence le cancer. Six mois après, une récurrence locale conduisait à une large pyloréctomie, suivie d'un examen histologique confirmatif. Si ces observations ne sont pas démonstratives d'une cancérisation, elles montrent bien qu'un ulcère perforé d'aspect absolument banal à l'intervention peut cependant être néoplasique. Notons que nous n'abordons nullement la question de la perforation du cancer gastrique, actuellement bien connue et relativement fréquente ; c'est un problème très différent, car le cancer est manifeste opératoirement.

Il faut donc savoir que le « cancer ulcéroïde » peut simuler l'ulcus, cliniquement et anatomiquement, jusque dans sa perforation.

Cependant dans notre cas, l'intervalle de trois ans qui s'est écoulé entre les deux interventions autorise à penser qu'il s'est agi d'une cancérisation vraie, bien que l'examen histologique n'en fournisse pas de preuve. A plus forte raison, est-on enclin à l'admettre dans le cas rapporté à la Société de chirurgie de Lyon par M. PATEL qui vit revenir avec un volumineux cancer de l'estomac un malade opéré neuf ans auparavant d'un ulcère perforé.

OBSERVATION XXII

M. H..., 50 ans. (D^r SANTY).

Le malade est vu le 19-12-24. Il a été opéré, il y a 3 ans par le D^r GUILLOU, pour un ulcère du pylore. Une gastro-entéro-anastomose, a, semble-t-il, été pratiquée. Il souffre actuellement de douleurs pendant la digestion et accuse des vomissements glaireux et bilieux.

A l'examen, on ne note rien, si ce n'est une grosse éventration sus-ombilicale. A l'examen radioscopique, petit estomac avec gastro visible à évacuation très lente, par bouchées espacées. L'estomac est bien mobile. On est frappé aussi par un spasme très net du cardia qui donne de la rétro-dilatation œsophagienne. On pense à la possibilité d'une sténose de la bouche. On donne un traitement (belladone).

Le malade revu le 17-1-25 n'a pas été amélioré beaucoup par sa première période de traitement. Il ne vomit plus, mais souffre toujours. On a la sensation ou d'un ulcus peptique, ou d'une gêne mécanique de l'anastomose.

Le 26-2-25, le malade finit par entrer à la Clinique après plusieurs retards successifs.

Intervention :

Anesthésie au Billroth. On trouve, au niveau de la région pylorique, une tumeur volumineuse et mobile, qui, sur sa face antérieure présente quelques traînées blanchâtres, faisant penser au néoplasme. On soulève le colon transverse pour vérifier la perméabilité de la gastro reconnue suffisante. On décide alors de faire une gastro-pyloréctomie. On sectionne l'estomac à distance suffisante des lésions. Lorsque la section est faite, on se rend compte que la gastro est restée sur le segment enlevé, la bouche étant englobée dans la tumeur pylorique. Après suture à trois plans de la tranche gastrique, on libère la bouche de gastro au ciseau et on achève la pyloréctomie. Suture du duodénum à trois plans. On se trouve alors devant l'énorme brèche de gastro sur l'anse duodéno-jéjunale juste à l'émergence du méso. On suture cette brèche minutieusement à trois plans. On ne peut rétablir la continuité par une nouvelle gastro transmésocolique, le mésocolon étant scléreux, rétréci et parcouru par de volumineux vaisseaux. On fait alors une gastro précolique, au bouton.

Examen de la pièce :

Sur la pièce de gastro-pyloréctomie, on constate que, vue par sa face ando-gastrique, la masse indurée est occupée par un énorme ulcère calleux qui siège sur toute la face gastrique du pylore, présentant le diamètre d'une pièce de 5 francs. Quant au pylore, il est réduit au diamètre d'une allumette. L'ulcère fait partie d'un quart environ de la bouche de gastro.

Suites opératoires : simples, sans incidents.

Le 13-5-25, revient se montrer. Le malade a engraisé de six kilos, va bien, mais a de temps en temps des vomissements bilieux. La radioscopie montre une bonne évacuation gastrique, mais le bouton est toujours en place.

Le 10-6-25, le bouton est vu toujours en place à la radioscopie.

Le 5-3-29, revu en bon état, le malade trouve ses digestions

trop lentes, a maigri un peu. On ne trouve rien à la palpation, on note seulement une éventration assez étendue. A la radioscopie, le bouton est toujours en place, mais l'estomac se vide dans les délais normaux. Après ingestion barytée, l'estomac est petit, se contractant bien. La récurrence à redouter est cependant peu probable.

Examen histologique (Dr NOËL) :

Deux fragments sont examinés.

Premier fragment prélevé au niveau du bourrelet de l'ulcération.

A) Une muqueuse est encore identifiable en *bordure de la zone ulcérée*. Il existe, en effet, au-dessus de la muscularis mucosae à peu près intacte, une région dépourvue tant en surface que dans la profondeur, de toute édification épithéliale glandulaire normale. En leur lieu et place, on trouve une sorte de tissu conjonctif lâche, zébré par des traînées de cellules généralement disposées en lignes dirigées de la surface vers la profondeur. Ces éléments cellulaires sont, pour la plupart, des éléments réactionnels lympho-plasmocytaires avec, quelques éosinophiles et quelques cellules à corps de Russell, mais il existe des éléments plus volumineux à noyaux globuleux dont quelques-uns sont en mitose et qui sont des cellules néoplasiques très atypiques. De loin en loin, d'ailleurs, ces éléments se groupent autour d'une lumière signant ainsi leur origine glandulaire.

Au-dessous de cette zone, la muscularis paraît d'épaisseur normale, mais elle est dissociée par des coulées cellulaires analogues à celles précédemment décrites. Au-dessous de la muscularis, la sous-muqueuse est considérablement épaissie, œdémateuse en surface et dans la profondeur constituée par une sorte de tissu fibreux entremêlé d'assez nombreuses fibres musculaires. Dans toute cette région, nous retrouvons, à côté d'éléments inflammatoires identiques à ceux que nous avons décrits dans la zone superficielle, mais beaucoup plus rares, des éléments très atypiques, soit isolés, soit groupés autour

d'une lumière, souvent minuscule et parfois même virtuelle.

Le tableau reste identique jusqu'au contact de ce qui reste de la musculéuse très amincie. Ce reliquat se présente comme très dissocié par une sorte d'œdème interfasciculaire, au sein duquel on voit des lymphocytes, des plasmocytes et des éléments volumineux difficilement identifiables qui doivent être néoplasiques.

B) *Au niveau de la zone ulcérée*, la muqueuse et la musculéuse sont complètement abrasées et on tombe de plein pied dans la sous-muqueuse très épaissie qui présente des caractères identiques à ceux de la région non ulcérée, à cette différence près que les éléments néoplasiques sont ici beaucoup plus nombreux et constituent par places des tubes glandulaires nettement identifiables, même au faible grossissement. Ici, comme précédemment, la face superficielle de la musculéuse est dissociée et ses éléments s'entremêlent plus ou moins à la partie profonde de la nappe fibro-conjonctive qui s'est substituée à la sous-muqueuse. En un point existe une plage formée de tubes glandulaires assez rapprochés les uns des autres qui paraissent noyés dans un tissu conjonctif de type mucoïde. Cet ensemble rappelle un peu ce que l'on voit dans les épithéliomas colloïdes.

Deuxième fragment. Le fragment est identique au précédent, si ce n'est qu'il existe davantage de muqueuse saine en surface, que la nappe conjonctive sous-muqueuse est moins épaisse et que la musculéuse est moins dissociée.

Il s'agit ici très probablement d'un cancer ulcériforme, méconnu lors de la première intervention, ayant progressé lentement et envahi peu à peu tout l'antrum pylorique, y compris l'orifice de gastro. Ne serait-ce pas des faits analogues que décrit SINGER (de Chicago), sous le nom de carcinome de la bouche gastro-jéjunale après G.E.A. pour ulcère ?

OBSERVATION XXIII

Mme T..., 53 ans. (D^r DELORE).

La malade a été opérée, il y a 4 ans, par un chirurgien de province, pour un ulcère gastrique (G.E.A. post-transmésocolique à la suture). Amélioration.

Elle vient consulter le D^r DELORE, en Juillet 1930, car depuis 4 mois, douleurs violentes, température à 38°.

A l'examen, tumeur sus-ombilicale légèrement mobile.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve une tumeur gastrique adhérente mais qui peut être décollée. En incisant, on ouvre le mésocolon transverse adhérent à la cicatrice et on blesse la colique moyenne.

On pratique une gastro-pyloréctomie, type Billroth II postérieure, précolique, au bouton. L'orifice de gastro est réséqué. Opération correcte mais des plus difficiles que la malade supporte bien.

Il s'agit manifestement de cancer, et deux fragments, l'un sur la zone ulcérée, l'autre à la limite des lésions, sont envoyés au Laboratoire d'Anatomie Pathologique, avec le diagnostic de volumineux cancer ulcéré.

Deux ans après, la malade qui allait bien, recommence à accuser des troubles digestifs et l'examen montre une énorme tumeur néoplasique. Elle meurt avec le tableau de la cachexie néoplasique.

Examen histologique : Ulcère calleux sans aucune formation cancéreuse.

OBSERVATION XXIV

M. B..., 50 ans. (D^r DELORE).

Le malade a été opéré en Janvier 1928 par un chirurgien d'une ville voisine pour un ulcère gastrique (G.E.A., suture). Cette intervention n'a pas amené d'amélioration.

Il est vu en Janvier 1931 et on se décide à intervenir à nouveau.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve un énorme ulcère calleux, le long de la petite courbure, s'arrêtant à 5 ou 6 centimètres au-dessus du pylore, les limites vers le cardia étant mal fixées. La bouche de gastro est située près du pylore, bien au point déclive et entraîne de ce fait certaines difficultés opératoires.

Large gastro-pylorectomie dépassant l'ulcère en haut. La continuité est rétablie par un Polya précolique, en utilisant l'ancien orifice de gastro du grêle que l'on élargit un peu. Suture du mésocolon. Un drain.

Le malade revient en Avril 1931, parce qu'il ne peut manger depuis un mois. Il est cachectique et on sent sous le rebord costal gauche, l'estomac induré.

2^{me} *Intervention :* Laparotomie exploratrice. Adhéhérences néoplasiques multiples.

Trois mois après, le malade meurt.

Examen histologique de la pièce de résection :

Epithélioma glanduliforme.

OBSERVATION XXV

Mme Ml..., 38 ans. (D^r DELORE).

Cette malade, mère de 7 enfants, est vue pour la première fois en Décembre 1932.

Elle a été opérée, il y a 18 mois, par un chirurgien de province pour un ulcère de l'estomac (G.E.A. transmésocolique, postérieure, à la suture). L'amélioration a été insignifiante. Depuis deux mois, il existe un gros amaigrissement. La radioscopie est négative.

Intervention :

Laparotomie sus-ombilicale.

Ulcère ou cancer prépylorique remontant très haut vers le cardia. La G.E.A. postérieure est très bas située, *au point déclive*. Il faut l'enlever. La situation très basse de cette gastro, au contact du mésocolon transverse entraîne des difficultés opératoires considérables. L'opération dure une heure et demie. Large gastropylorectomie enlevant toute la lésion.

Sur la pièce : Ulcère calleux cicatriciel, dur. Cependant, des ganglions sous-pyloriques comme de la grenaille de plomb, donnent l'idée du cancer.

Les suites immédiates sont assez bonnes, mais la mort survient le 5^e jour, probablement par gangrène du colon.

Examen histologique : Ulcéro-cancer atypique caractéristique.

GASTRECTOMIES EN DEUX TEMPS

PRIMITIVES RETARDÉES

OBSERV. N°	AGE	SEXE	DURÉE DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE	TYPE HISTOLOGIQUE DU NÉOPLASME	EXISTENCE D'UN ULCÈRE ANTÉRIEUR	RÉSULTATS
XV	62	F	10 ans	D'abord non confirmé, puis on trouve quelques formations métatypiques		Survie de 6 mois
XVI	44	F	Au moins 5 ans	Atypique	Certaine (preuve histologique)	Trop récents (1932) revue au bout d'un an, en bon état
XVII	52	H	Histoire récente	Atypique	Certaine (preuve histologique)	Survie de 2 ans
XVIII	42	F	Au moins 3 ans	Glanduliforme atypique	Certaine (preuve histologique)	Survie d'un an
XIX	67	H	Pas de passé gastrique	Métatypique		Survie de 6 mois, mais mort d'affection intercur- rente
XX	57	H	Pas de passé gastrique	Très atypique		Survie d'un mois (Fistule duodénale)

GASTRECTOMIES EN DEUX TEMPS

SECONDAIRES

OBSERV. N°	AGE	SEXE	DUREE DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LES DEUX INTERVENTIONS	TYPE HISTOLOGIQUE DU NÉOPLASME	EXISTENCE D'UN ULCÈRE ANTÉRIEUR	RÉSULTATS
XXI	59	H	Perforation d'ulcère, il y a 3 ans	3 ans	Métatypique	Probable (preuve clinique mais non histol.)	Trop récent (1934)
XXII	50	H	Passé ancien	3 ans	Atypique		Survie de 4 ans
XXIII	53	F	Passé ancien	4 ans	Cancer non confir- mé histologiquement		Survie de 2 ans (néoplas- me certain cliniquement)
XXIV	50	H	?	3 ans	Epithélioma glan- dulaire typique		Survie de 7 mois, avec récidive rapide
XXV	38	F	?	18 mois	Ulcéro-cancer aty- pique	Certaine (preuve histol.)	Mort opératoire

C. — OPÉRATIONS PALLIATIVES.

Ces opérations consistent d'abord dans le Balfour qui est, comme on le sait, la simple excision d'ulcère avec cautérisation. BALFOUR lui-même en fait le procès en disant que cette opération n'empêche pas l'évolution ultérieure d'un cancer. SCOTT cite deux cas de cancérisation après un Balfour, et PAUCHET et HARTMANN, à la Société de Chirurgie de Paris, publient un cas analogue. Mais nous avons surtout en vue dans ce chapitre la gastro-entéro-anastomose. Nous apportons quelques observations qui démontrent qu'un chirurgien peut pratiquer une gastro pour une lésion qu'il croit être un ulcère bénin, et pourtant chez son malade, apparaîtront ultérieurement des signes de cancer gastrique ou de métastase hépatique ou péritonéale. Il s'agissait donc ou bien d'une cancérisation sur un ulcère chronique vrai, ou bien déjà d'emblée d'un cancer primitif, en quelque sorte, ulcériforme.

Nos observations confirment, à ce point de vue, les observations de nombreux autres auteurs.

MM. DELORE, CREYSSEL et DE ROUGEMONT, DELORE et ROMAND-MONNIER, publient quatre cas de cancers survenant après gastro. M. DELORE est revenu à nouveau sur ce danger dans une récente séance de la Société de Chirurgie de Lyon.

Plus récemment, M. le Professeur LERICHE, rapportant à la même Société ses « Réflexions sur 225 cas d'opérations pour ulcère de l'estomac et du duodénum », s'exprime en ces termes : « Comme tout le monde, j'y ai été pris plusieurs fois » et cite deux exemples, dont l'un n'est autre que notre observation III.

Dans sa thèse sur « la gastrectomie dans les ulcères du pylore et du duodénum », OBERTHUR fait le procès de la gastro-entéro-anastomose : « elle n'empêche pas, dit-il, l'ulcère de se transformer en cancer ». Il fait remarquer en effet qu'à côté des ulcères calleux, qui sont dans la moitié (DELAGENIÈRES) ou le quart (LECÈNE) des cas des cancers, il existe des ulcères certainement bénins, traités par G.E.A., et devenant ultérieurement cancéreux. Il illustre de nombreux exemples cette affirmation : ce sont les 205 G.E.A. de MOYNIHAN, avec 7 morts par cancer, dont une 13 ans après l'anastomose; les 130 gastros de KRABBEL, partisan acharné de la G.E.A., avec 4 cancers ultérieurs. KOCHER, sur 144 cas, a 5 cancérisations. METRAUX, revoyant 210 opérés de ROUX, trouve 4 cancers ultérieurs. OBERTHUR souligne l'intérêt que présente l'étude des *résultats éloignés de la gastro*. C'est d'ailleurs en recherchant les résultats éloignés des ulcères et en particulier des gastros, que nous avons été frappé par le nombre de malades qui revenaient avec des cancers et que nous avons groupé la plupart des observations dont on va lire plus loin le détail.

A l'étranger, les mêmes constatations ont été faites et les mêmes attaques contre la gastro formulées. Outre les chiffres que cite OBERTHUR et que nous venons de

rappeler, nous trouvons diverses statistiques non moins démonstratives.

KUMMER réunissant 662 gastros pour ulcère bénin appartenant à divers chirurgiens suisses, trouve treize cas de cancers ultérieurs, soit une proportion non négligeable de près de 2 %. VON EISELSBERG, sur 334 G.E.A. pour ulcus gastriques et duodénaux, a 41 morts éloignées. Sur ces 41 morts, 13 sont dues au cancer de l'estomac. Les études statistiques de la Mayo Clinic montrent que la mortalité est trois fois plus grande après les opérations pour ulcus gastrique que pour ulcus duodéal : le facteur principal de cette différence n'étant pas autre chose que le cancer. En effet, sur 1280 malades, suivis avec un recul de 3 ans 1/2 après leur opération pour ulcus gastrique, il y avait 195 morts, dont 75 pour cancer, mais cette statistique ne donne pas la proportion des opérations palliatives par rapport aux résections. HORTOLOMEL, sur 127 malades opérés d'ulcus gastro-duodénaux et suivis, trouve 9 tumeurs cancéreuses inopérables. Il fait la critique de la G.E.A. et montre que lorsqu'on l'emploie, on ne peut éviter l'erreur de diagnostic entre cancer et ulcère. Tous ces faits vont à l'encontre de l'opinion d'ANSCHUETZ et WANKE, pour lesquels la gastro diminuerait les risques de cancérisation.

SHERREN cite 3 ulcères opérés par G.E.A. et morts 4, 5 et 7 ans après, de cancer.

HARTMANN estime pourtant que cette éventualité est trop rare pour que l'on puisse en tenir compte et il pense que le hasard seul préside à cette association de cancer et d'ulcère qui demeure exceptionnelle : dans sa

statistique de 187 cas, il ne trouve que 4 cancers, dont 2 sûrement développés sur des ulcères, soit une proportion de 1 à 2 %. A l'appui de sa thèse, il cite des chiffres de cancers observés dans les suites éloignées de G.E.A., également très faibles : KOCHER, 1 pour 80 G.E.A. ; KRONLEIN, 1 sur 112 ; GREENOUGH et JOSLIN, 1 sur 114 ; EXALTO, 2 sur 208, BAMBERGER, cité par LIEBLEIN, 22 sur 1025, etc...

Sans doute, dans l'ensemble, les chiffres de cancers certains, après gastro, surtout si l'on tient compte du grand nombre de gastros pratiquées dans le monde entier, sont-ils assez faibles. Mais si l'on analyse avec soin et dans le détail certaines statistiques, et si l'on parcourt beaucoup d'observations, on est frappé par le grand nombre d'ulcéreux morts dans les deux, trois ou quatre années qui suivent immédiatement la gastro, sans qu'on possède à ce sujet de renseignements ni de diagnostics précis. Serait-il audacieux de penser qu'un certain nombre de ces malades meurent en réalité de cancers méconnus ou développés secondairement ? Simple hypothèse, de laquelle nous ne tirerons aucune conclusion ferme, mais que nous nous contenterons de formuler.

En voici un exemple :

M. B..., 66 ans. (P^r TIXIER).

Le malade a été opéré en 1928 (il y a donc 6 ans), pour un ulcère calleux douloureux et hémorragique, de siège pyloro-duodénal, datant de 1912.

A ce moment, l'histoire était absolument typique : c'était celle d'un ulcus gastrique. Le protocole opératoire porte :

gros ulcère calleux. On fit, après avoir vidé le sang dont l'estomac était rempli, une G.E.A. postérieure à la suture. Les suites furent excellentes, à part quelques phénomènes pulmonaires dans les premiers jours qui suivirent l'intervention.

Le malade revu en 1928 et 1929 est en bon état.

Il revient en 1932 pour de petits troubles urinaires mais ne se plaint pas de l'estomac. La palpation de l'abdomen est négative, le foie non perçu. Il existe un léger ballonnement.

En 1934, le malade revient pour des troubles digestifs : dysenterie continue non calmée par la thérapeutique habituelle, les selles contiennent parfois un peu de sang rouge, d'origine hémorroïdaire. Mais depuis trois mois, vomissements alimentaires survenant 4 à 5 heures après les repas, contenant des aliments ingérés les jours précédents. Jamais de douleurs. Surtout sensation de ballonnement. Amaigrissement considérable, non précisé par des chiffres. Asthénie très marquée, au point que le malade ne peut plus marcher.

A l'examen : éventration du volume d'une mandarine à la partie inférieure de la cicatrice, avec légère contracture.

On ne perçoit pas de tumeur, ni d'ondes péristaltiques.

Le reste de l'examen est négatif ; le malade est emmené par sa famille.

Le diagnostic porté sur l'observation est : vieil ulcère calleux ayant subi la dégénérescence néoplasique.

Dans la thèse de BRESSOT, déjà citée, nous avons également trouvé certaines observations classées comme ulcères qui s'avèrent ultérieurement comme très douteuses, mais sans qu'on puisse avoir la certitude qu'il s'est agi de cancer.

Quant aux 9 observations qui suivent, elles sont tout à fait démonstratives, car, à défaut d'une sanction histologique le plus souvent impossible, les signes cliniques sont suffisamment nets pour affirmer le cancer.

OBSERVATION XXVI

M. O..., L..., 44 ans. (D^r SANTY).

Diagnostic clinique: Cholecystite.

Diagnostic opératoire: Ulcère du duodénum.

Diagnostic macroscopique: Tuberculose de l'estomac.

Diagnostic histologique: Néoplasme de l'estomac.

Le 9 Février 1932, le malade est envoyé avec le diagnostic de cholecystite. La maladie a débuté il y a 5 ans environ. Le malade a présenté de nombreuses crises qui, il y a quelques années, étaient presque quotidiennes. Actuellement, elles sont plus espacées et moins douloureuses. La dernière crise véritable date du mois d'Octobre. Mais le malade se plaint tous les soirs d'une pesanteur de l'hypochondre droit. On apprend qu'il a présenté une typhoïde à 28 ans.

Les crises ont toujours présenté à peu près les mêmes caractères :

Apparition, 3 ou 4 heures après les repas, le plus souvent, après le repas du soir.

• *Douleurs* très vives (déchirement), siégeant sous les fausses côtes droites, dans la zone vésiculaire et y restant localisées. Pas d'irradiations dans l'épaule, ni dans le ventre. Elles durent 3 ou 4 heures.

Parfois renvois et aigreurs. Vomissements très rares.

Ictère suivant la douleur de très près, d'intensité variable. Coloration des téguments et des conjonctives, sans modification des urines, ni des matières.

Le malade n'a jamais pris sa température.

A l'examen, on note une zone vésiculaire un peu sensible à la pression. Pas de contracture. Foie non hypertrophié, pas de subictère.

Intervention le 12-2-32 (D^r SANTY) :

Anesthésie générale.

Incision sous-costale droite. La vésicule biliaire apparaît absolument saine, au-dessus d'un foie normal. On explore l'estomac qui est sain. Mais sur la première portion du duodénum, à petite distance du pylore, on trouve un volumineux ulcère du duodénum, probablement de date ancienne, avec un petit piqueté hémorragique en surface.

On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, au cours de laquelle on constate que l'estomac est rempli de liquide d'hypersécrétion.

31-3-32. *Suites opératoires* troublées par des phénomènes bronchiques. Le malade est envoyé en médecine pour grippe prolongée. Il revient se montrer pour des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite. L'examen est négatif.

11-5-33. Le malade est revu en bon état. Il a repris 3 kilos depuis l'intervention. Il digère bien, mais se plaint de quelques pesanteurs. Il ne suit pas de régime et travaille régulièrement. Léger éthylisme.

En Février 1934, le malade entre à l'hôpital et meurt très rapidement.

Autopsie : L'estomac présente une lésion en surface étendue. On pense à de la tuberculose.

Examen histologique (Dr J.-F. MARTIN) :

Diagnostic clinique infirmé.

On ne voit pas de lésions tuberculeuses, mais bien des lésions *épithéliomateuses*, développées au-dessous d'une muqueuse de type fundique, paraissant relativement saine.

Epithélioma très atypique se présentant sous la forme de cellules néoplasiques isolées ou bien groupées en petits boyaux et qu'essaiment dans toute la paroi gastrique et jusque dans l'intérieur du muscle, mais ici plus discrètement.

Ce cancer n'a pas les caractères colloïdes. Il est accompagné d'une importante stroma-réaction du type fibreux.

OBSERVATION XXVII

Mme A... O..., 49 ans. (Dr SANTY).

Juin 1930.

Envoyée par le Pr CADE pour un syndrome dyspeptique évoluant périodiquement depuis 9 ans.

L'ulcus a provoqué, il y a deux mois et demi, une hématemèse importante. Le Pr CADE, d'après la radioscopie pense à une localisation duodénale.

Intervention le 12-6-30 : A. G. Schleich.

Il s'agit d'une lésion pylorique assez volumineuse, mais qui paraît bien être un ulcère.

Paroi gastrique épaissie de sténose. On ne trouve rien au niveau de la petite courbure. On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture, gênée par un saignement considérable.

Suites opératoires : troublées par quelques vomissements bilieux. La malade est revue en Septembre 1930, elle est en parfait état. Elle a, de temps en temps, des indigestions provoquées par des écarts de régime.

Le 19 Janvier 1933, la malade revient se montrer parce que depuis quelques jours elle souffre de douleurs qui paraissent intestinales, accompagnées d'irradiation dorso-lombaire. On a la surprise de trouver, à droite et au-dessus de l'ombilic, une tumeur grosse comme une mandarine, peu douloureuse et encore très mobile. Le diagnostic semble s'imposer de *cancer du pylore*, ou peut-être du transverse.

Intervention le 30-1-33 :

Il s'agit d'une volumineuse masse néoplasique, constituée par un bloc de ganglions pancréatiques secondaires à la lésion gastrique qui, elle, a peu augmenté. L'intervention se limite à une laparotomie exploratrice.

Le décès survient au mois d'Août 1933.

OBSERVATION XXVIII

M. D..., 61 ans. (D^r SANTY).

Malade envoyé par le D^r MICHEL, et vu pour une sténose du pylore paraissant assez serrée, le 31-1-30.

Il avait une histoire d'ulcus remontant à 5 ans, avec un aspect ancien et des phénomènes douloureux dorsaux ayant nécessité une radio, négative, de la colonne.

L'estomac est actuellement très distendu et rétentionniste. Les signes de sténose, sans vomissements, dateraient d'un mois.

Le 3-2-30, le malade entre à la Clinique. Lavage d'estomac. Peu de résidu.

Eclaircissement rapide.

Intervention le 4-2-30 :

Anesthésie au Schleich.

Laparotomie.

Estomac dilaté à paroi épaissie. Pylore infiltré, dur, surtout au niveau de la face antérieure de l'antra pylorique. Il ne semble cependant pas s'agir d'autre chose que d'un ulcère. G.E.A.P. Suture.

Le 20-2-30, le malade a eu des suites simples.

Le 26-4-30, il a fait une pleurésie gauche, dont il est mort. Caractère de pleurésie néoplasique (D^r MICHEL).

OBSERVATION XXIX

M. CH..., 47 ans, Vallon (Ardèche). (D^r SANTY).

Le malade est vu pour la première fois le 25-11-25.

Passé gastrique remontant à 8 ans — caractérisé par périodes de douleurs gastriques intenses, survenant 3 à 4 heures après les repas ; pendant un mois ou deux, poussée doulou-

reuse à chaque changement de saison. Presque chaque fois que la poussée douloureuse est un peu intense, melœna et hématomèse.

Depuis deux ans, amélioration *notable*, mais il y a un mois, melœna et hématomèses intenses.

Actuellement, homme amaigri, mais pas affaibli : a beaucoup travaillé cette année. Teint anémique plus que cachectique. Cette pâleur remonte seulement à son hémorragie. L'appétit est conservé, mais le malade est un peu dégoûté par son régime.

L'examen abdominal est négatif, le ventre est souple, aucune perception anormale.

Radioscopie : Estomac vide à jeun.

Dès réplétion de Bi, estomac petit, déjeté à gauche, avec sur la petite courbure, une tache très nette de niche, en face d'une incisure très profonde. Estomac très hypertonique, même au niveau de l'antrum pylorique.

En position couchée, la tache est encore très visible.

Ulcère profond de la petite courbure et ulcère probable du pyllore.

Intervention le 27-11-25 :

Anesthésie au Billroth.

Enorme ulcère de la petite courbure haut situé, adhérent par sa face antérieure à la face inférieure du lobe gauche du foie. Périgastrite intense qu'on est obligé de libérer pour arriver à extérioriser l'estomac.

A l'ouverture de celui-ci, il y a gros caillot récent dans l'estomac, comme si les manœuvres de libération avaient fait saigner la cavité.

G. E. A. P. très large à la suture 3 plans, aussi haute que possible.

Suites opératoires : simples.

Le malade a donné régulièrement de ses nouvelles chaque année et malgré le doute qu'on avait conservé au sujet d'un néo, on avait abandonné l'idée qu'il pouvait s'agir d'un néo,

lorsque le médecin du malade a fait savoir que celui-ci était mort cachectique au dernier degré, avec une masse néoplasique secondaire du foie, vers la fin de 1928.

OBSERVATION XXX

M. P..., 44 ans, Villefranche. (D^r SANY).

Le 10-1-27. Le malade est envoyé par le D^r MEYER, pour troubles de la digestion gastrique : lenteur et pesanteur, avec amaigrissement de 4 kilogs en quelques semaines. Pas d'éthylisme. A eu de la diarrhée en Juillet 1926.

Le malade présente encore un certain embonpoint, mais a pâli un peu.

Le 14-1-27, sensibilité à la pression épigastrique.

Radioscopie à jeun. La Ba ingérée à 7 heures est évacuée à 14 heures, légère rétention, visible dans la région de l'antré.

Nouvelle ingestion. Estomac, petit. Mais petite courbure rigide, angulaire et antré pylorique *flou*.

Néoplasme de la petite courbure.

Intervention le 17-1-27 :

Anesthésie très mauvaise. Grosse agitation.

Laparotomie exploratrice.

Le pylore présente une curieuse tuméfaction comme un gros pois sur le versant duodénal au bord inférieur. En outre, deux ganglions dans le pédicule hépatique. Le foie est normal.

On fait une gastro postérieure à la suture, très gênée par le méso gros et court et par l'estomac partiellement adhérent en arrière.

Gastro dans de mauvaises conditions.

En Octobre 1932, le malade revient se montrer. Il est en très mauvais état, après avoir présenté des suites opératoires assez bonnes, bien que troublées de temps à autre par des régurgitations bilieuses.

Le malade qui présente l'allure d'un néoplasme est envoyé chez le Dr GOYET qui confirme un néo manifeste de l'antrum pylorique.

Nous avons demandé au médecin traitant, le Dr MEYER, quelques précisions sur les suites présentées par ce malade. Sa santé fut satisfaisante jusqu'en 1931, époque à laquelle il refit des troubles digestifs, avec grosse anémie qui fut pendant près de 2 ans améliorée de façon surprenante par l'Hépatrol. Cependant, le diagnostic de néoplasme se précisait par l'apparition d'une tumeur épigastrique, des signes de métastase hépatique avec léger ictère, œdème des jambes, enfin, signes de sténose pylorique. Le malade est décédé le 25 Mai 1933.

OBSERVATION XXXI

Mme J..., 68 ans, St-Etienne-les-Oullières. (Dr SANTY).

La malade est envoyée par le Dr MATHIEU, le 28 Août 1924, pour troubles dyspeptiques que l'on estime être d'origine biliaire. Passé de lithiase biliaire.

L'examen radioscopique révèle un estomac petit, hypertonique, très contractile. Le pylore paraît fixé. On donne un régime de lithiase.

Le 15-10-24, elle revient très soulagée, n'a pas repris de crises douloureuses. On engage cependant la malade à l'intervention.

Le 6-3-25, la malade est revue en pleine sténose du pylore, avec grands vomissements fréquents. Pendant deux jours, on fait des lavages d'estomac.

Intervention le 9-3-25 (Dr SANTY) :

Anesthésie locale.

Sténose du pylore par ulcère *calleux*, peut-être néoplasique fixé au pancréas.

Anastomose au bouton de Villard.

Le 25-3-25 : suites excellentes. Lever depuis le 9^e jour. Gros relèvement de l'état général.

Le 5-5-25 : la malade revient se montrer. Elle a engraisé de 6 kilogs. Après un repas copieux, l'estomac est un peu dilaté. Péristaltisme.

Mai 1933 : la malade a survécu 6 ans sans présenter de troubles digestifs. Décès en 1931, d'ictère grave (lithiasé ou néo).

OBSERVATION XXXII

M. Mo..., 51 ans. (D^r SANY) (Charmettes).

Le malade, vu le 6 Octobre 1929, présente un ulcère de la petite courbure diagnostiqué par le Professeur SAVY : syndrome d'ulcus gastrique depuis deux ans, avec un point douloureux sur la petite courbure. A la radioscopie, on trouve un aspect normal avec spasme passager. Pas de signes nets de sténose. Toutes les ressources du traitement médical étant épuisées, on conseille une intervention (G.E.A.).

Intervention le 29-10-29 :

Anesthésie au Schleich.

Il s'agit d'un très volumineux ulcère de la région duodéno-pylorique, paraissant empiéter sur le duodénum. On fait une gastro à la suture, postérieure, qui est rendue très difficile par l'adhérence de l'estomac au pancréas

Le 11-12-29, le malade revu a engraisé de 4 kgs. Il digère bien, pas d'incidents.

Le 14-6-30, on constate l'existence d'une tumeur sous-costale. Néo du pylore ?

Le 20-12-32, le malade revu, présente *d'énormes masses épigastriques*. Il n'accuse pas de troubles digestifs. Il est porteur d'une hydrocèle.

OBSERVATION XXXIII

M. B..., 62 ans. (D^r SANTY).

Il s'agit d'un malade envoyé par le P^r CADE, pour ulcère chronique de l'estomac à réséquer.

Intervention le 7-5-1929 :

Anesthésie générale au Schleich.

On trouve un gros ulcère calleux prépylorique, présentant quelques caractères en faveur d'un néoplasme au début. L'estomac est un peu épaissi.

On pratique une gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture.

Le 28-7-29, le malade est revu en parfait état. Il a engraisé de 5 kgs. La palpation est négative. Il a de bonnes digestions, bon appétit. En somme, bon résultat.

En Novembre 1933, le malade est opéré de la prostate à Roanne.

Depuis, il présente des troubles digestifs. Actuellement, une radio du D^r DE BARRIN montre une amputation complète du pylore *par néo*, avec bouton de gastro fonctionnant très bien. L'estomac est très mobile. Le D^r BADOLLE qui le suit, pensait même que ce malade avait subi une gastrectomie, tant l'amputation du pylore était nette à la radio.

OBSERVATION XXXIV

Mme G..., 38 ans. (D^r DELORE).

La malade a été opérée en 1928 par un chirurgien de province, pour un ulcère de l'estomac. On fit à ce moment une G.E.A. transmésocolique postérieure, à la suture. Les suites opératoires furent bonnes : reprise de l'alimentation, cessation des vomissements. La malade s'est crue guérie.

En Mars 1933, devant la reprise des phénomènes, on ré-intervient. On constate qu'il y a une tumeur adhérente. La laparotomie reste purement exploratrice, à cause de l'étendue de l'envahissement.

La malade vient consulter le D^r DELORE, le 5 Août 1933. A ce moment, elle vomit tout ce qu'elle absorbe. On constate un énorme estomac de stase. Elle pèse actuellement 41 kgs (contre 68 kgs avant sa maladie).

Intervention :

Incision latérale gauche, sous-costale.

Large G.E.A. antérieure précolique, à la suture à 3 plans.

Il s'agit d'un énorme cancer adhérent, avec généralisation ganglionnaire.

Mort rapide, sans précision de date.

*
**

Dans tous ces cas, la survie moyenne fut de 2 à 3 ans. Mais dans deux cas, 4 et 5 ans s'écoulèrent avant la reprise des troubles digestifs; et dans deux cas, 6 ans s'écoulèrent (voir XXX, XXXI, XXXIII), si bien qu'on avait abandonné la crainte que l'on conservait de certaines lésions douteuses. Ces faits *prouvent bien la lenteur de quelques-uns des processus néoplasiques*, s'ils ne sont pas suffisants pour affirmer la dégénérescence d'un ulcère.

ESSAI DE SYNTHÈSE

Après l'analyse détaillée de nos observations, nous allons essayer d'en faire une étude synthétique et d'en dégager les idées générales.

I

Nous ne prétendons pas que nos observations représentent toutes des cas *de greffes de cancers sur des ulcères* ; nous ne cherchons nullement à prouver une affirmation aussi absolue et certainement excessive. mais il n'est pas douteux qu'un petit nombre de cas en sont des exemples certains. Il y a différentes manières d'acquérir cette certitude.

1) Parmi ces cas, il en est où l'on trouve des preuves histologiques d'un envahissement, c'est-à-dire que, sur un ulcère vrai, on trouve au niveau d'un bord une lésion néoplasique au début. Telles sont les observations IV, VII, XVI, XVII, XVIII, XXV.

2) Dans d'autres cas, il existe un très long passé gastrique et l'on ne saurait admettre qu'une lésion maligne, si lente que soit son évolution, puisse se produire comme par exemple dans notre observation VII, en 28 ans,

comme dans les observations X et XV, en 10 ans, ou comme dans les observations V, VI, en 6 et 7 ans.

3) Enfin, dans notre dernière catégorie de cas étudiés, ceux où une G.E.A. fut pratiquée pour une lésion ulcéreuse, il est des exemples où un intervalle trop long s'est écoulé entre l'opération palliative et le moment où l'on constata le néoplasme, pour qu'on puisse dire qu'il s'est agi d'une erreur de diagnostic. C'est le fait de l'observation XXIX où le passé gastrique remontait à 8 ans.

Dans l'observation XXXI, la malade survit 6 ans sans présenter de troubles digestifs.

Dans l'observation XXVII, il y avait un syndrome dyspeptique évoluant par poussées successives depuis 9 ans.

Ces preuves en quelque sorte indirectes (nous discuterons plus loin les arguments d'ordre histologique) de la cancérisation possible d'un ulcère, appellent bien quelques réserves. Et c'est ainsi que l'opinion d'HARTMANN se défend parfaitement quand il s'agit de discuter la valeur de ces cancérisations très tardives, par exemple au bout de 13 ans, comme le rapporte MOYNIHAN. S'il est logique de conclure à une relation de cause à effet entre deux lésions voisines dans le temps, on peut bien supposer, comme HARTMANN, qu'il y a une simple coïncidence entre un cancer récent et un ulcère ancien peut-être guéri depuis de nombreuses années : un sujet qui a eu un ulcère de la petite courbure peut avoir un cancer du pylore plusieurs années après, sans qu'il y ait aucune relation entre les deux lésions, de la même

façon qu'un tuberculeux peut devenir syphilitique ou inversement. Il en est ainsi chaque fois que l'on a affaire à deux maladies assez fréquemment rencontrées pour pouvoir survenir chez un même sujet. Un fait prouve la vérité de cette affirmation : c'est qu'il *arrive de trouver les deux lésions, cancer et ulcère*, sur une même pièce de résection. Nous en donnons ci-dessous un exemple :

M. Ro..., 52 ans. (D^r SANTY).

Le malade vient du service hospitalier du D^r SAVY, avec le diagnostic suivant :

« Long passé gastrique, de type ulcéreux, avec douleurs
« post-prandiales tardives, sans vomissements, ni hématé-
« mèses, ni melœnas. Depuis trois semaines, développement
« progressif d'un syndrome de sténose pylorique. Foie un
« peu gros, sans signes cliniques d'insuffisance hépatique.
« Masse épigastrique paraissant être le lobe gauche du foie.
« Indication de G.E.A. ».

Examen radioscopique (D^r GIRAUD) :

Grand estomac de sténose. Evacuation très lente, malgré des contractions profondes et nombreuses.

Niche de la petite courbure visible à la scopie. Région pylorique invisible, impossible à étudier quelle que soit l'incidence.

Intervention, 27 Juillet 1934 :

Anesthésie locale.

Il s'agit d'un néo volumineux de l'antré pylorique non adhérent et d'un ulcère de la petite courbure en aval.

Gastrectomie de droite à gauche avec résection première du duodénum. Billroth II au bouton.

L'examen de la pièce confirme qu'il existe bien deux ulcérations : une très étendue de 3 cm. de diamètre environ, occu-

pant la face antérieure de l'antra, avec des bords épais, symptomatiques peut-être d'une ulcération néoplasique ;

— une petite, très pénétrante, à la partie moyenne de la petite courbure, correspondant à la niche visible sur la radio. On envoie à l'examen histologique un fragment de la grosse ulcération.

Suites opératoires très simples d'abord, mais au 9^e jour apparaît un point de côté violent, avec angoisse et dyspnée. Il cède rapidement, sans élévation thermique.

C'est ainsi que nous sommes amenés à signaler une erreur de diagnostic rare, réalisée dans le cas d'*ulcères multiples*. A côté des cas où, comme dans cette observation, une des lésions était manifestement un cancer, il existe en effet des cas où les lésions sont toutes deux impossibles à différencier autrement qu'au microscope. Notre observation X en est un bel exemple.

Cette éventualité a été signalée aussi par MAC CARTY, René GUTMAN. MM. DELORE, MARTIN et MALLET-GUY en ont rapporté en 1925 une très belle observation, publiée depuis dans la thèse de BURLET.

En cas d'ulcères multiples, il faut donc comme dans le cas d'ulcère simple, et peut-être avec plus de raison, craindre qu'une dégénérescence existe au bord d'un des cratères ou tout au moins qu'une des lésions soit un néoplasme. Il n'est d'ailleurs pas besoin de cet argument pour faire peser ici la balance en faveur de la gastrectomie.

Mais, malgré tout, si l'on excepte ces cas, très rares, de lésions doubles et coïncidentes et les cas survenant à très longue échéance, il est logique de penser que ce

n'est pas l'effet du hasard, si l'on rencontre des cellules cancéreuses dans un cratère ulcéreux paraissant banal.

C'est donc qu'il y a possibilité de développement d'un cancer sur l'ulcère. Si cette éventualité n'est pas très fréquente, elle n'est pas non plus exceptionnelle, et il y a lieu d'en tenir compte dans les indications opératoires.

II

Tous les autres cas concernent *en réalité des erreurs de diagnostic*. C'est parce que la lésion avait exactement l'aspect d'une lésion ulcéreuse banale que le diagnostic d'ulcère avait été fait, confirmé d'ailleurs par les antécédents cliniques.

Pour un certain nombre de cas, il s'est certainement agi de ces cancers à marche lente, à prédominance fibreuse, simulant l'ulcère, étant donnée la lenteur de leur évolution, — si différente de l'évolution ordinaire du cancer gastrique, souvent accélérée par l'intervention. Tous ces cas sont opérés comme ulcus. Pour les uns, une gastrectomie providentielle vient alors révéler l'erreur, par l'examen microscopique. Pour les autres, c'est une G.E.A. qui, par son évolution imprévue, rectifie un diagnostic malheureusement erroné, et, il faut bien le dire, trop souvent inévitable lorsqu'on pratique une intervention simplement palliative.

CHAPITRE III

Possibilité d'un diagnostic clinique

On peut se demander s'il n'existe pas un certain nombre d'éléments permettant de trancher le diagnostic dans ces formes cliniques douteuses. Les éléments dont la clinique dispose sont, principalement, de trois ordres : c'est tout d'abord l'ÉVOLUTION GÉNÉRALE de la maladie qui est essentiellement une notion fournie par l'interrogatoire. On sait, en effet, que dans la pathologie digestive et surtout gastrique, l'examen somatique apprend peu de choses. Mais il existe d'autres examens cliniques qui sont venus enrichir les moyens de diagnostic. C'est, d'une part, le CHIMISME de notion déjà ancienne, et surtout, acquisition plus récente et se perfectionnant de jour en jour, la RADIOGRAPHIE. Nous allons envisager successivement les possibilités de diagnostic fournies par chacun de ces éléments.

*
**

Nous n'insisterons guère sur l'ÉVOLUTION GÉNÉRALE de la maladie et les données fournies par l'interrogatoire. En effet, l'évolution classique de l'ulcéro-cancer, avec ses deux phases bien distinctes : l'ulcère d'abord, puis le cancer, dont les caractères ont été si magistralement décrits par BOUVERET, puis repris par SANEROT, ne se rencontre presque jamais : aucune de nos observations ne présente nettement ces caractères d'aggravation substitués à un état antérieur et la plupart des observations que nous avons citées, et appartenant à d'autres auteurs, ne rentrent pas non plus dans le cadre classique. Il semble donc que l'on ait là affaire à une description plus théorique que vraiment clinique, et l'on ne saurait attendre des signes aussi rarement constatés pour établir fermement un diagnostic.

D'ailleurs, pour R. GUTMAN, ce passage du type périodique au type continu est loin d'être caractéristique de la cancérisation, car, s'il peut manquer dans ce dernier cas, et la chose est fréquente, il peut par contre se rencontrer dans les sténoses, les périgastrites.

L'âge du sujet n'est pas un élément certain pour faire pencher en faveur du diagnostic d'ulcère ou de cancer. Cependant, si l'on consulte les tableaux résumant nos observations, on sera frappé du grand nombre de sujets ayant dépassé la cinquantaine : on trouve, en effet, seulement quatre malades âgés de moins de 40 ans, dont une femme âgée — fait exceptionnel — de 27 ans ; quatre malades également ont entre 40 et 50 ans. Ces

formes de cancer gastrique à marche lente répondent donc, au point de vue de l'âge, à la règle générale des cancers et comportent les mêmes exceptions. La règle clinique qui en découle est de redouter plus particulièrement le cancer chez un sujet de plus de 50 ans, qui présente un syndrome ulcéreux, tout en se rappelant que des sujets plus jeunes n'en sont pas à l'abri.

La durée de la maladie n'apporte pas non plus à notre avis de certitude absolue, ni même de présomption. Il était classique en effet d'admettre que, la plupart des ulcéro-cancers observés étant pour beaucoup des cancers à marche lente, passé cinq ou six ans les risques de cancérisation étaient négligeables. MM. BOUCHUT et LEVRAT ont récemment remis en honneur cette opinion.

En réalité, nous avons des observations (voir n^{os} V, VII, X, XV, XXI, XXII) où l'évolution du syndrome clinique antérieur s'est étendue sur dix ou douze ans, et même dans un cas sur vingt-huit ans. Quant aux observations des auteurs que nous avons cités plus haut, nombreuses sont celles dont l'évolution s'étend également sur plus de dix ans et, sans vouloir faire une énumération fastidieuse, nous rappellerons seulement deux observations de SCOTT dont le passé gastrique dure chez l'une depuis douze ans, chez l'autre depuis trente ans. Une malade de F. PAPIN souffrait depuis l'âge de 25 ans. Une de GOMÖRI remonte à vingt ans, et nous pourrions de la sorte en trouver un grand nombre. C'est là d'ailleurs, on le sait, la meilleure preuve clinique de l'existence certaine d'ulcères cancérisés, car on ne peut admettre qu'un cancer même à marche lente, pro-

gresse avec aussi peu de rapidité. Nous nous croyons donc autorisé à infirmer les conclusions suivantes de MM. BOUCHUT et LEVRAT : « Dans un ulcère calleux « ancien dont la symptomatologie remonte à plus de « dix ans, la cancérisation est exceptionnelle ». Nous la croyons en effet assez rare sans doute, mais non exceptionnelle, et, en tous cas, l'ancienneté ou la non ancienneté d'un syndrome gastrique ne nous paraît pas devoir fournir un argument de valeur absolue.

On a cru également longtemps pouvoir s'aider du CHIMISME pour différencier les lésions ulcéreuses des lésions cancéreuses. La notion classique depuis BOUVET était que, dans l'ulcéro-cancer, on voyait se substituer à l'hyperchlorhydrie primitive une hypochlorhydrie, ou même une anachlorhydrie, avec présence d'acide lactique. En réalité, il semble que là encore, de même que pour l'ancienneté du passé gastrique, les notions classiques soient surtout théoriques. Déjà SANEROT montrait la persistance de l'hyperchlorhydrie dans beaucoup de ces cancers simulant l'ulcère chronique. SANEROT, qui n'avait jamais observé la substitution de l'acide lactique à l'acide chlorhydrique, avait noté la persistance de l'hyperchlorhydrie 17 fois sur 30.

La plupart des auteurs rapportant des observations analogues notent l'hyperchlorhydrie qui, dans bien des cas, confirmait le diagnostic d'ulcère et qui était même parfois l'élément principal sur lequel ce dernier se fondait. Dans notre observation XXI, il y avait 1 gr. 49 d'acide chlorhydrique libre. Ce signe nous paraît si susceptible d'erreur que dans la plupart de nos cas nous n'avons pas pratiqué de chimisme. Tous les au-

teurs s'accordent actuellement pour reconnaître que dans l'ulcéro-cancer, même à la phase de cancer confirmé, l'estomac reste fréquemment hyperchlorhydrique. En d'autres termes, l'ana ou l'hypochlorhydrie est un élément de doute en faveur du cancer, mais l'hyperchlorhydrie, si fréquemment rencontrée, ne permet pas d'éliminer le cancer.

On assiste en somme à la faillite de toutes les données cliniques classiques en vue d'un diagnostic. L'évolution de la maladie, le chimisme, n'ont aucune valeur absolue.

*
**

Pourtant, *quelques présomptions cliniques* peuvent être fournies, d'une part par l'anémie, d'autre part par la persistance du syndrome douloureux, malgré le traitement médical ou chirurgical mis en œuvre contre l'ulcère. DAHL-IVERSEN signale ces deux points. Le fait qui nous paraît le plus important, c'est l'étude de l'anémie que présentent de tels malades. Cette anémie se caractérise en effet par la continuité de l'hémorragie occulte décelée par le laboratoire. Une conséquence de cette continuité de l'hémorragie, c'est le fait très important que ces malades sont peu améliorés par les transfusions sanguines, même répétées, ce qui prouve bien la persistance des spoliations sanguines. Notre observation XXI est tout à fait remarquable à ce point de vue. Ce malade en effet, malgré deux transfusions successives de 400 cc. avait à peine gagné 500.000 globules rouges, alors qu'après la gastrectomie, une nouvelle transfusion l'avait ramené presque au taux normal.

SANEROT avait déjà insisté sur l' « anémie blanche » qu'il distinguait de l'anémie cancéreuse banale, jaune paille.

Paul CARNOT attache une importance particulière au développement de l'anémie *progressive* qui s'installe, dans le diagnostic de l'ulcéro-cancer. Le malade ne se remonte pas, malgré le traitement et garde un teint pâle, tandis que la numération globulaire confirme la persistance et la continuité des petites hémorragies.

Cette même observation XXI, qui est parmi les plus récentes que nous possédions, avait attiré notre attention sur la signification que peut avoir dans certain cas, la température. Le malade dont elle fait l'objet présentait, en effet, une température persistante, pour laquelle on n'avait fourni aucune explication. Peut-être était-elle la traduction de phénomènes de résorption au niveau de la lésion cancéreuse : le fait est connu pour nombre de néoplasmes et il est permis de penser qu'une température persistante et inexpliquée chez un ulcéreux puisse constituer un élément de présomption en faveur d'une lésion maligne. Nous avons repris dans ce sens l'étude de nos observations, mais la plupart ne mentionnaient pas la température et l'on ne peut rien conclure de cette enquête ; nous croyons qu'il n'est pas inutile de tenir compte de ce symptôme et en tous cas d'en vérifier ultérieurement la valeur.

*
* *

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE nous paraît plus important et mérite qu'on s'y arrête davantage du fait du dévelop-

pement pris par la radiographie systématique dans la pathologie digestive, du fait surtout de la grande finesse d'interprétation dont elle est de jour en jour plus susceptible. Actuellement, les films en série permettent d'apprécier les plus petites déformations et les moindres détails d'une niche ulcéreuse. Pour certains auteurs, en particulier CARMAN, WAITZFELDER, WALTON, GUTMANN, il serait possible en présence d'une niche ulcéreuse de soupçonner sa nature maligne.

WAITZFELDER rapporte deux cas où le développement d'un cancer sur un ulcère fut montré par les rayons X et confirmé opératoirement. Le premier concerne un cancer de la petite courbure dans lequel, outre des signes positifs d'ulcère (niche et contracture spasmodique), on pouvait voir une image lacunaire. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un ulcère du pylore où l'aspect radiologique d'une sténose pylorique bénigne se compliquait peu à peu d'une image lacunaire distincte sur le contour gastrique.

CARMAN a longuement insisté sur l'intérêt qu'il y avait à pratiquer l'examen radioscopique avec palpation manuelle sous l'écran. Il décrit quelques aspects qu'il considère comme pathognomoniques de ces cancers ulcérés ou de ces ulcères douteux à bord surplombant ou bourgeonnant. Si une telle lésion siège sur la paroi gastrique postérieure, tout près de la petite courbure, ou encore sur la portion verticale de la petite courbure elle-même et qu'on réalise le rapprochement des parois gastriques par la palpation, le cratère ulcéreux apparaît comme une ombre ressemblant à un ménisque, vu de profil, une sorte de croissant. Sa convexité est contre la paroi

gastrique, qu'elle affleure sans la dépasser, tandis que sa concavité regarde la lumière gastrique.

Si l'ulcère est haut situé sur la paroi postérieure, bien loin de la petite courbure, la pression manuelle fait apparaître le cratère ulcéreux comme une ombre dense, arrondie, encerclée par une zone plus claire, mais on ne voit aucun aspect en croissant, comme dans la vue de profil. Dans la position latérale, on pourra parfois, dans ces cas, obtenir cet aspect. Des variations dans la constitution de la lésion ou dans sa situation peuvent entraîner des modifications de ce signe. La manière de palper et le degré de pression exercée affectent aussi les contours du cratère ulcéreux rendu visible, si bien que ce dernier peut apparaître rectangulaire ou biconcave.

En somme, la niche observée dans ce type d'ulcère diffère de la niche classique de trois façons :

- 1° de profil, elle apparaît comme un ménisque.
- 2° elle n'est pas à l'intérieur de la paroi gastrique et, de ce fait, elle ne se détache pas de la paroi gastrique.
- 3° elle tend à retenir son contenu baryté durant les manœuvres de palpation et elle ne se vide pas aisément.

Quant à la niche ulcéreuse typique, elle a la même traduction radiographique, que la lésion soit bénigne ou maligne. Quand la niche représentant le cratère ulcéreux a 2 cm. 5 ou plus de diamètre, on trouve ordinairement du cancer à l'examen histologique. L'ulcère

perforant, produisant parfois une petite poche, est au contraire rarement malin, si grand soit-il.

D'autres renseignements peuvent être fournis par l'examen radioscopique ou graphique, mais ils ne sont pas constants et, par conséquent, on ne doit leur accorder que peu d'importance. Les cancers, non sténosants, sont communément associés à de l'achylie et à un pylore atone et béant, tandis que les ulcères bénins, même distants du pylore, sont accompagnés d'hyperacidité et d'un pylore spastique et légèrement rétentionniste. L'altération du péristaltisme est également d'une signification assez faible : un ulcère, macroscopiquement malin et souvent associé à de l'anachlorhydrie et un péristaltisme peu puissant, un simple ulcère a de l'hyperacidité et a un péristaltisme vigoureux, mais l'inverse aussi peut être vrai.

GUTMANN a précisé récemment à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris les symptômes radiographiques : il faut diriger son attention sur la possibilité de certaines irrégularités au bord du cratère ulcéreux. Il y a de plus une disproportion entre la taille de la niche et le peu de temps écoulé depuis les premiers troubles cliniques. Il y a absence de rétraction de la petite courbure contrastant avec la grande taille de cette niche tandis que la raideur, la déformation de la paroi gastrique autour de la niche constituent un symptôme inquiétant. Il y a non seulement persistance, mais augmentation de la niche et de ses irrégularités de contour, lors de différents examens radiographiques successifs et l'observation présentée par GUTMANN à cette occasion en constitue un bel exemple iconographique. Enfin, à

côté de cette niche, si semblable à la niche classique, il y aurait pour cet auteur une deuxième forme d'image longue, peu profonde, qui appartiendrait plus spécialement au cancer. Il lui donne le nom de « niche en plateau ».

Pour MAC CARTY, les très larges niches sont souvent cancéreuses. En somme, on peut dire que les plus belles, les plus caractéristiques appartiennent plus au cancer qu'à l'ulcère. Enfin, HAUDECK insiste sur quelques éléments de diagnostic de la niche cancéreuse : « la « niche cancéreuse, dit-il, s'inscrit en dedans de « la ligne de la petite courbure, tandis que la niche « ulcéreuse est extérieure à cette ligne ». La bulle de gaz serait exceptionnelle dans la niche cancéreuse, mais cet auteur insiste bien sur ce fait que rien en présence d'une niche ulcéreuse typique ne permet d'affirmer qu'elle n'est pas au début d'une transformation cancéreuse.

Par contre, tout récemment, MM. DELORE, L. COTTE et GAYET, M. BRODIN et Mme TEDESCO rapportent les observations de malades présentant des images de niches ulcéreuses tout-à-fait suspectes par leurs déformations, leur aspect « marécageux », et où, pourtant, on put fournir la preuve histologique qu'il s'agissait bien d'ulcère simple. C'est dire la difficulté d'interprétation des images radiologiques et le caractère de probabilité qui s'attache à un diagnostic fondé uniquement sur elles.

*
**

En somme, quand on hésite, les méthodes cliniques n'apportent que des présomptions, ou plutôt une impression. Ces *présomptions* peuvent acquérir une certaine valeur d'ensemble lorsqu'elles sont nombreuses et concordantes. Elles sont de deux ordres ; d'abord, *radiographiques* : il faut attacher une grande importance aux petits signes sur lesquels insistent CARMANN et GUTMANN, en particulier la rigidité des parois gastriques, la grande taille de la niche, l'absence de rétraction de l'estomac.

Elles sont ensuite *cliniques*. Ce n'est pas la plus ou moins longue durée d'un passé gastrique, l'existence de deux phases substituées l'une à l'autre et artificiellement distinguées qui ont de la valeur, mais bien la persistance des phénomènes douloureux et surtout de l'anémie, malgré un traitement bien conduit, médical et même chirurgical, l'estomac ayant été mis au repos par une gastro.

Quand ce dernier signe existe, il nous paraît être une excellente présomption mais, bien entendu, tous les cancers ne saignent pas de la même façon et de plus il ne s'agit pas encore là de certitude.

Cette certitude, ce n'est donc pas la clinique qui peut la fournir. C'est aux lésions anatomiques même qu'il faut la demander. C'est donc déjà entrevoir que l'attitude thérapeutique logique est une attitude radicale et que la gastrectomie est le seul traitement sûr de ces formes douteuses.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique macroscopique

Les signes que peut fournir l'examen macroscopique des lésions peuvent être saisis dans deux conditions différentes. Tout d'abord, opératoirement et en quelque sorte extérieurement à la lésion, lorsque, au cours de l'intervention, le chirurgien palpe la lésion gastrique, en suppute les éléments, pour décider d'une gastrectomie ou d'une intervention palliative. Ensuite, si la gastrectomie a été pratiquée, c'est l'examen de la pièce de résection qui permet d'apprécier l'aspect de l'ulcération, ses dimensions, et d'avoir en somme une vue directe sur elle par l'intérieur de la cavité gastrique. Cet examen apparaît même tellement essentiel à certains qu'on a pu proposer au cours des interventions pour des lésions douteuses, la gastrotomie exploratrice

(FINSTERER). Les signes macroscopiques peuvent se classer en deux étapes :

- 1) Diagnostic opératoire,
- 2) Diagnostic macroscopique proprement dit.

I. — DIAGNOSTIC OPERATOIRE

De celui-ci nous ne pourrons presque rien dire, si ce n'est l'incertitude qu'il entraîne. Tous les chirurgiens habitués à la chirurgie gastrique savent en effet qu'il n'y a rien de plus trompeur que cette palpation opératoire, malgré tout assez grossière et qui ne permet pas de discerner avec assez de précision si une induration perçue est due à une lésion inflammatoire ou à un cancer. Les erreurs de diagnostic sont classiques : c'est l'énorme ulcère calleux, adhérent, avec gros ganglions pris pour un néoplasme avancé et qui fond littéralement sous l'influence d'une simple gastro ; c'est par contre la lésion ulcéreuse typique et banale et où l'examen histologique répond, à la grande surprise de l'opérateur, qu'il s'agit d'un épithélioma.

Ce sont précisément ces derniers faits qui nous intéressent plus particulièrement. Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler du cas très fréquent où le diagnostic de cancer s'impose à première vue ; masse volumineuse en chou-fleur, grosse lésion en taches de

bougie, accompagnées de ganglions indurés, cratère bourgeonnant et floride, tout cela ne permet pas, malheureusement, l'hésitation. Mais nous avons en vue ces formes pseudo-ulcéreuses, avec cavité plus ou moins grande, à bords lisses, d'aspect fibreux, où rien en somme ne permettrait de dire : cancer. Beaucoup ont été victimes de pareilles erreurs sur lesquelles ont insisté : DELAGENIÈRES, PAUCHET, LECÈNE, LEFÈVRE, Félix PAPIN, entre autres.

Quels sont en effet les critères que peut fournir l'examen de l'estomac au cours d'une intervention ?

D'abord, *la localisation des lésions*. On s'est ingénié à chercher le pourcentage des lésions ulcéreuses et cancéreuses suivant la localisation au niveau de la petite courbure ou du pylore. M. STEWART estime que sur 14 cas de cancer de la petite courbure, au moins neuf ont leur origine dans un simple ulcère chronique. La plupart des auteurs américains estiment au contraire le danger de cancérisation plus marqué pour les ulcères du pylore. Là comme ailleurs, établir des statistiques semble devoir être une œuvre vaine, car de toute évidence, ce n'est pas sur des chiffres ni sur leur proportion que peut se baser un diagnostic précis et il est certain qu'une lésion ulcériforme peut aussi bien être cancéreuse si elle siège sur la petite courbure que si elle siège sur le pylore ou l'antrum pylorique.

La biloculation fut pendant longtemps considérée comme un signe certain de la bénignité d'une lésion ulcéreuse et cette bénignité confirmée malgré l'ancienneté de l'évolution pathologique est elle-même considérée par J. B. MORLEY, par HARTMANN et Maurice

RENAUD comme une preuve de l'extrême rareté de l'ulcéro-cancer vrai. Or, si cette éventualité est en effet rare, elle n'est tout de même pas exceptionnelle, et la biloculation ne peut plus être considérée à l'heure actuelle comme une preuve certaine de bénignité. M. SANTY dans sa thèse publie trois observations appartenant à M. DELORE et ayant trait à des biloculations cancéreuses.

Enfin, on a cru longtemps que les *ganglions* rencontrés au voisinage d'une lésion gastrique étaient un signe de présomption très nette en faveur du cancer. Or, on sait actuellement que, loin d'être un argument en faveur du cancer, la présence de ganglions serait plutôt un argument en faveur d'une lésion ulcéreuse chronique. C'est du moins là l'opinion de M. DELORE et de M. le P^r LERICHE. On ne peut donc en aucun cas conclure à l'existence d'un cancer en présence de ganglions nombreux, sauf quand il s'agit de petits ganglions durs comme de la grenaille de plomb.

E. PAYR a groupé un certain nombre de *signes macroscopiques* pouvant servir au cours de l'intervention à la différenciation de l'ulcère calleux et du cancer de l'estomac. Cet auteur oppose les ganglions mous, succulents, de l'ulcus, avec réseau vasculaire visible, aux petits ganglions pâles et durs du cancer. Dans l'ulcus, l'estomac présente une réaction vasculaire locale surtout artérielle, traduite extérieurement par des arborisations rouge vif ; le cancer au contraire se distinguerait par les traînées sombres de la stase veineuse. PAYR attribue une grande valeur à un signe qu'il nomme le signe de l'« adhérence » (Klebesymptom) : lorsqu'on

déprime la face opposée de l'ulcère de façon à l'enfoncer dans le cratère ulcéreux, la muqueuse colle au fond de l'ulcération, la dépression persistant jusqu'à la prochaine contraction de la musculature. Ce signe ferait totalement défaut dans le cancer. Enfin, PAYR oppose les larges adhérences en surface des ulcères à l'aspect capitonné des adhérences dans le cancer.

GOMÖRI attribue aussi une grosse valeur à l'existence d'adhérences péritonéales étendues fixant par des plis radiaires le petit épiploon : ces adhérences sont symptomatiques d'une lésion ulcéreuse et sont exceptionnelles dans le cancer.

Enfin, HARTMANN insiste sur un signe qui nous semble d'une grande importance, tout au moins pour les ulcères de la petite courbure : c'est l'absence de rétraction dans le cancer. Lorsqu'on trouve un gros ulcère de la petite courbure semblant ancien, mais non accompagné de cette rétraction formant des plis radiés si caractéristiques, il convient de se méfier et de redouter beaucoup le cancer.

Nous ne contestons pas que ces nuances, entre les mains d'un chirurgien habitué à les rechercher et à les peser, ne puissent l'aider dans certains cas à étayer son diagnostic. Mais reconnaissons qu'il ne peut s'agir là que d'une impression et que les impressions sont souvent trompeuses.

On assiste donc, de même que pour les données cliniques à la faillite plus ou moins complète d'un diagnostic certain.

L'examen direct de la lésion sur la pièce de gastrectomie serait-il plus démonstratif ?

II. — EXAMEN MACROSCOPIQUE PROPREMENT DIT

Sans doute, dans beaucoup de cas, dès qu'on examine l'ulcération par sa face endo-gastrique après avoir ouvert l'estomac le long de la grande courbure, l'aspect bourgeonnant des bords du cratère ulcéreux évoque immédiatement l'idée de cancer. Ces cas répondent manifestement à ces cancers ulcérés que l'on observe assez fréquemment, et dont l'histoire clinique peut revêtir tout à fait l'allure ulcériforme. Mais dans beaucoup de cas, on a affaire à un ulcère vaste, profond, régulier, aux bords à pic et nets, et chez lesquels rien ne permet de soupçonner qu'il puisse s'agir de cancer. C'est pourtant dans ces cas que l'examen histologique viendra affirmer ce dernier. La plupart de nos observations de gastrectomie répondent à ce type et rejoignent les observations publiées par DELAGENIÈRE, par LECÈNE, par SCOTT, plus récemment par ROTHMANN.

Mais dans ces formes, précisément, il existe un symptôme qui nous semble de grande valeur pour la présomption du cancer. En effet, un certain nombre d'auteurs insistent sur *la taille de l'ulcération*. Ce sont les Américains qui ont d'abord attiré l'attention sur ce fait. MAC CARTY a remarqué que lorsqu'un ulcère a plus de 2 cm. 5 de diamètre, il est ordinairement cancéreux. SCOTT prétend qu'un ulcère de plus de 2 cm. de dia-

mètre est presque toujours un cancer. Nous trouvons le même langage dans la bouche de MOYNIHAN qui pense qu'un ulcère de plus d'un pouce de diamètre est toujours malin. GOMÖRI, sur six observations, a remarqué que cinq fois la taille de l'ulcère variait de 30 à 45 mm. de diamètre. GUTMANN insiste également sur la grande taille de la niche cancéreuse. PERNET, dans sa thèse de 1919 sur l'ulcéro-cancer, parle dans chacune de ses six observations d'une « ulcération très vaste » ayant de 5 à 7 cm. sur 3 ou 4 de large. PAUCHET écrit : « Quand un « ulcère atteint le diamètre d'une pièce de deux francs, « il y a 8 chances sur 10 pour que l'on y trouve des « éléments néoplasiques ». ALVAREZ fait remarquer par contre que, même quand le cratère est petit, on ne peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer. D'autre part, MATHIEU et MOUTIER présentent plusieurs ulcères géants dans lesquels des examens histologiques ne mirent en évidence aucune trace de cancer. L'observation déjà citée de MM. DELORE, MARTIN et MALLET-GUY, concernant une double lésion ulcéreuse et cancéreuse, nous apprend combien peuvent être trompeuses ces présomptions macroscopiques. Dans ce cas, il existait en effet un ulcère de la petite courbure des dimensions d'une pièce de deux francs, dont les bords étaient indurés, mais il s'agissait d'un ulcère simple : au niveau de l'ulcère prépylorique coexistant, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, lisse, aux bords peu indurés, on mit au contraire en évidence un cancer de type intestinal.

La dimension de l'ulcère n'est donc pas un signe absolu, mais sa valeur semble certaine, car tous les tra-

vaux modernes sont concordants à ce propos. Nous avons fait les mêmes constatations pour plusieurs de nos observations, notamment pour l'observation XXII dont l'ulcère présentait le diamètre d'une pièce de 5 francs, pour l'observation XXI dont la lésion très suspecte occupait tout le pylore et une partie importante de l'antra pylorique, pour l'observation III où l'on note un « gros » ulcère, pour l'observation V dont l'ulcère très peu creusé occupait une zone d'un centimètre et demi de large.

En tous cas, la caractéristique d'une lésion suspecte, c'est que *son étendue en largeur* va de pair avec un *défaut de profondeur* manifeste ; elle est étalée en surface, peu creusante, jamais perforante.

Une lésion très creusante, rétractée, avec des plis radiés et de petites dimensions est pratiquement toujours un ulcère simple.

Nous insistons donc sur ce symptôme, car il semble que l'on possède là un élément de diagnostic de grande valeur. Sans doute, il ne peut entrer en ligne de compte lorsqu'on a affaire à un petit ulcère, mais c'est déjà beaucoup d'avoir ce bon signe de présomption dans la discussion d'un certain nombre de ces formes si difficiles à définir.

Il est vrai que, trop souvent, son intérêt se trouve restreint du fait qu'il a une valeur seulement rétrospective. Mais il n'en est pas de même lorsqu'on peut en avoir une traduction extérieure sous forme de niche radiographique, comme on a pu le voir au chapitre précédent.

En somme, ce qui intéresse surtout le chirurgien, c'est de connaître, en présence d'un ulcère, les *signes*

qui pourraient attester sa malignité. Pour ce diagnostic opératoire, la gastrotomie exploratrice s'exclue d'elle-même : c'est une méthode aveugle, dangereuse, incomplète, et ce que nous savons de la relativité des signes macroscopiques suffit à l'éliminer. Elle ne donne pratiquement pas plus de renseignements qu'une palpation méthodiquement conduite.

Il semble donc qu'il faille retenir :

— *d'une part*, les petits signes décrits par PAXR concernant l'aspect spécial des adhérences, de la vascularisation gastrique et des ganglions dans l'ulcère et dans le cancer.

— *d'autre part*, la grande taille de l'ulcération que l'on peut apprécier par la palpation extérieure en introduisant le doigt dans le cratère ulcéreux et qui est une forte présomption en faveur du cancer.

— *enfin*, l'absence de rétraction dont la signification est la même.

CHAPITRE V

Aperçu histopathologique

A. — LES THÉORIES EN PRÉSENCE

Au début de notre travail, nous avons montré dans un rapide historique la fluctuation générale des idées au sujet des relations entre l'ulcère et le cancer gastriques. Les opinions des auteurs qui se sont plus particulièrement occupés du point de vue microscopique peuvent se ranger sous deux chefs : un premier groupe comprend les opinions extrêmes, dans le second groupe figurent les opinions moyennes qui sont en général parmi les plus récemment exprimées.

Nous étudierons donc d'abord les principales théories en insistant sur les arguments princeps des différents auteurs qui les ont successivement soutenues.

La théorie la plus ancienne est celle de *Ulcéro-cancer*. Après que CRUVEILHIER eût le premier admis l'hypothèse qu'un cancer pouvait se développer sur un ulcère gastrique préexistant, la fréquence de l'ulcère cancérisé fut une notion qui sembla définitivement établie. ZENKER et HAUSER, DIEULAFOY, MATHIEU insistent sur ces faits. C'est HAYEM qui crée le terme d'ulcéro-cancer. Nous n'insisterons pas sur toute la période antérieure à 1905 qui se trouve très bien analysée dans la thèse de SANEROT (Lyon, 1905-06). WILSON et Mac CARTY, les histologistes des frères MAYO de Rochester, trouvent que 76 % des cancers sont des ulcères dégénérés et que 68 % des ulcères dégénèrent en cancers. KONJETZNY est un des premiers à trouver ces chiffres excessifs et exige, pour qu'on puisse parler d'ulcère dégénéré, des criteriums histologiques dont les principaux sont :

- 1) l'existence d'un ulcère chronique ;
- 2) l'infiltration partielle et limitée des bords de l'ulcère par le néoplasme ;
- 3) l'existence à la base de l'ulcère du tissu cicatriciel sur lequel le néoplasme se développe.

PERNET (1919) faisant sa thèse sur l'ulcéro-cancer, à propos de six observations du service de Gaston LION, diagnostique microscopiquement l'ulcère préexistant grâce au fait qu'au niveau du bord de l'ulcération la couche musculaire est *coupée à l'emporte-pièce*, tandis que le fond, complètement dépourvu de muscle, est entièrement constitué par l'épiploon. BOULIN (thèse de

Bordeaux, 1923-24), reproduisant le parallèle anatomique de DEGUIGNAND, donne les mêmes arguments, en insistant sur la richesse du fond de l'ulcère en tissu fibreux et sur la destruction de la musculieuse.

PAUCHET et HIRSCHBERG, dans leur livre sur le cancer de l'estomac (1928), consacrent un chapitre à l'ulcéro-cancer. Ils notent l'utilité du mucicarmin dans la mise en évidence des cellules néoplasiques.

GOMÖRI, de Budapest, montre avec une grande netteté que le meilleur signe microscopique est la présence dans le fond de l'ulcère d'une masse de tissu fibreux de cicatrice, véritable épaissement cicatriciel de la sous-muqueuse, occupant la base de l'ulcère et s'étendant même au-delà de ses bords. Il ajoute aux arguments précédents la présence à la base de l'ulcère de vaisseaux oblitérés avec endartérite, cet aspect ne se rencontrant presque que dans l'ulcère chronique. Quant au rapprochement ou même à la fusion de la muscularis mucosae et de la couche musculieuse aux bords de l'ulcère, que NEWCOMB prétend être caractéristique de l'ulcère chronique dans 98 % des cas, il avoue n'avoir trouvé nettement ce fait que dans la moitié de ses propres observations. Telle est la théorie de l'ulcéro-cancer ou de l'ulcère dégénéré. Les arguments principaux de la préexistence d'un ulcère sont, en gros, les suivants :

— Bords de l'ulcère taillés à pic.

— Fond de l'ulcère occupé par du tissu fibreux cicatriciel.

— Base ulcéreuse dépourvue de couche musculaire, celle-ci ayant été comme taillée à l'emporte-pièce.

— Infiltration néoplasique limitée aux bords de l'ulcère.

— Gros vaisseaux endartéritiques et oblitérés au niveau de la base de l'ulcération.



Par opposition à cette théorie, TRIPIER et DUPLANT en 1898 émettent l'idée que ces soi-disant ulcères dégénérés répondent en réalité à des *cancers primilifs à marche lente secondairement ulcérés*. Ils arrivent même à nier la possibilité de dégénérescence d'un ulcère. L'argument décisif serait pour ces auteurs le fait qu'un néoplasme exige pour son développement des néoformations vasculaires en abondance alors que le tissu fibreux cicatriciel d'un ulcère chronique, avec ses vaisseaux oblitérés, ne saurait en fournir. DEVIC et SANEROT comparent ces formes de cancer lent à une sorte d'ulcus rodens mais ils n'apportent pas d'arguments anatomiques nouveaux, se tenant presque uniquement sur un plan clinique.

En face donc de la théorie d'un ulcéro-cancer se dresse la théorie du cancer ulcérisé. C'est la même opinion que soutiennent à l'étranger STROMEYER et BORRMAN. Les auteurs anglais, SPILSBURY, M. STEWART, A. DIBLE et J. MORLEY, attaquent fortement la théorie de l'ulcéro-cancer et montrent que la présence d'éléments épithéliaux dans la profondeur d'un ulcère ne signifie pas forcément cancer : « ce n'est que le résultat de la distorsion générale des tissus dans le processus rétractile de l'ulcère calleux » dit HARTMANN, qui dé-

fend les mêmes idées et c'est là sans doute pour ces auteurs la cause des énormes différences rencontrées dans les statistiques.

PERNET et DEGUIGNAND résument les arguments en faveur de cette théorie et, pour eux, le diagnostic des cancers primitifs secondairement ulcérés se base sur les faits suivants :

— L'envahissement total de l'ulcération par les lésions néoplasiques.

— La présence dans le fond de l'ulcère de la paroi gastrique et en particulier de la musculouse sans doute aplatie, déformée, envahie, mais plus ou moins conservée sur toute l'étendue de la lésion.

— Dans les cas très avancés, la couche musculaire envahie disparaît non à l'emporte-pièce, mais progressivement, s'éteignant sous forme de pinces venant mourir en pointe, tandis que dans la masse néoplasique, on retrouve les fibres musculaires, vestiges d'une paroi gastrique qui n'est pas détruite entièrement.

HARTMANN et Maurice RENAUD s'élèvent aussi contre la fréquence de la cancérisation des ulcères. Pour eux, la conservation d'une couche musculaire presque intacte suffit à différencier les cancers primitifs des ulcères calleux vrais dégénérés. Mais, par contre, l'absence de la couche musculaire qui a pu être détruite par le processus pathologique ne permet pas d'affirmer qu'il s'est agi d'un ulcère cancérisé. De même, l'existence d'un tissu scléreux ne permet pas de conclure à un processus ulcéreux ancien préexistant, de nombreux can-

cers s'accompagnant de productions fibreuses à la façon de certains cancers squirrheux du sein. Enfin, à l'argument des partisans de l'ulcéro-cancer (qui s'appuient sur l'infiltration néoplasique limitée aux bords d'un ulcère dont le fond reste scléreux), ils opposent l'argument suivant : ces aspects ne peuvent appartenir qu'à des cancers ulcérés en leur centre, car il est impossible d'admettre que le cancer puisse faire le tour d'un ulcère sans diffuser vers son centre.

DUVAL et MOUTIER reproduisent les mêmes arguments généraux sur lesquels insistaient PERNET, DEGUIGNAND, BOULIN. Ils y ajoutent encore que de nombreuses erreurs ont dû être commises au profit de l'ulcéro-cancer, car des facteurs d'appréciation personnelle jouent fréquemment dans l'interprétation des coupes, et l'on peut prendre pour du néoplasme des formations adénomateuses simples au voisinage d'un ulcère.

*
**

Tels sont les arguments principaux que s'opposent les partisans des deux grandes théories que nous venons d'étudier. Les uns : HAYEM, TRIPIER et DUPLANT, en particulier, admettent comme vraie leur théorie à l'exclusion de la théorie adverse. Mais actuellement, la plupart des auteurs — surtout dans les ouvrages récents — sont arrivés à une opinion moyenne conciliant en somme les deux théories extrêmes, et c'est d'ailleurs ce que les livres classiques de pathologie gastro-intestinale semblent admettre. C'est ainsi que MATHIEU et ROUX montrent que parmi ces formes d'ulcère chronique avec

cratère plus ou moins étendu ou bourgeonnant, il en existe où seul l'examen histologique décèle des lésions cancéreuses limitées à une partie restreinte ou à un bord de l'ulcération, cas qui — à n'en pas douter — répondent à des dégénérescences d'un ulcère chronique vrai. A côté de celles-ci, il s'en trouve qui présentent des lésions cancéreuses évidentes, très étendues, ne laissant presque pas de zones intactes ; ces cas répondent sans doute à des cancers secondairement ulcérés.

SCOTT formule la même opinion et, pour lui, tandis que dans un grand nombre de cas il est difficile de dire histologiquement s'il s'agit d'un ulcère ou d'un cancer primitifs, il existe par contre beaucoup de cas dans lesquels le processus ulcératif coexiste avec un néoplasme à développement lent et enfin, dans un petit nombre de cas, il est évident que le cancer s'est développé sur un ulcère chronique vrai.

B. — CRITIQUE DE QUELQUES ARGUMENTS

Tous ces arguments sont d'inégale valeur et nous verrons en les analysant de plus près ce que l'on peut penser de certains d'entre eux.

1) La plupart des auteurs prétendent qu'un moyen relativement simple de distinguer à priori l'ulcéro-cancer du cancer ulcérisé consiste à étudier l'état de la

musculeuse au fond de l'ulcère. Dans le cas d'ulcéro-cancer, le fond serait fibro-épiploïque, c'est-à-dire dépourvu de toute musculature ; dans le cas de cancer ulcérisé, cette musculature persisterait, sinon toujours intacte, en tous cas continue.

Cette façon de voir nous paraît susciter d'emblée de sérieuses critiques. Il nous semble, en effet, que dans le cas d'ulcéro-cancer l'aspect constaté histologiquement est facteur du *moment de la cancérisation* du processus ulcéreux. Si cette cancérisation est précoce, et se fait sur un ulcère en évolution depuis peu de temps et n'ayant pas encore atteint les couches profondes, la musculature ne saurait être détruite. Cette raison ne vaut que dans les ulcères très tardivement cancérisés et chez lesquels la musculature a disparu comme à l'emporte-pièce, le fond de l'ulcère étant constitué soit par du tissu fibro-épiploïque, soit par un organe voisin.

L'absence de musculature, en somme, ne serait valable que si l'on admettait que l'ulcère est susceptible de se cancériser seulement au dernier stade de son évolution, après disparition de la paroi gastrique. Or, rien ne prouve, répétons-le, que cette façon de voir soit juste et même dans nombre de nos cas d'ulcères cancérisés, où existait la semelle fibreuse caractéristique de l'ulcère, la musculature était demeurée à peu près intacte.

Il en est ainsi dans les observations n^{os} IV, VII, XVII, XVIII. Voici l'examen histologique correspondant à cette dernière.

OBSERVATION XVIII

Examen histologique.

Mme GR... (D^r NOËL) (voir fig. 2).

L'examen montre en surface une large zone ulcérée limitée sur un de ses bords par une muqueuse légèrement épaissie. Elle ne présente rien d'anormal au niveau de ses tubes glandulaires. Mais elle est très infiltrée au niveau des espaces



FIG. 2. — Mme Gr... (Observ. XVIII).

1. Muqueuse.
2. Nappe cancéreuse glanduliforme, occupant la zone ulcérée.
3. Barrière fibreuse infiltrée de *cellules cancéreuses isolées*.
4. De nouveau, cancer à type glanduliforme, identique aux formations de la sous-muqueuse.
5. Musculeuse envahie sur toute son épaisseur par les formations épithéliomateuses.

intertubulaires par un œdème interstitiel abondant dans lequel on trouve de nombreux éléments réactionnels lymphoplasmocytaires auxquels s'ajoutent de *nombreux éosinophiles* et quelques cellules à gros corps de Russell. Il n'existe pas de métaplasie intestinale. Dans cette région *juxta-ulcéreuse*, la muscularis mucosae apparaît intacte.

Au niveau de la zone ulcérée elle-même, la muqueuse et la muscularis mucosae ont complètement disparu. On se trouve en présence d'une nappe constituée par des *édifications glanduliformes* juxtaposées et souvent anastomosées qui occupent toute l'épaisseur de la sous-muqueuse. Ces édifications néoplasiques envahissent, comme une sorte de métastase résurgente, la sous-muqueuse située au-dessous des bords de l'ulcère demeurés normaux.

En profondeur, les formations atypiques confluentes vont presque au contact de la musculature dont elles sont, néanmoins, séparées par une bande de tissu fibreux dense assez épaisse, et qui constitue là une sorte de barrière, *une semelle fibreuse* qui, à notre avis, *est l'expression d'un processus ancien*. Son organisation d'ailleurs n'a pu qu'être lente : au sein de cette nappe fibreuse, on rencontre en effet :

1° des éléments réactionnels : lymphocytes, plasmocytes, éosinophiles ;

2° des éléments tumoraux représentés ici par des cellules atypiques, le plus souvent complètement isolées, et ne reproduisant que très rarement la disposition glandulaire. On a l'impression que le barrage fibreux a modifié la physiologie générale de la tumeur et que celle-ci n'a pu la traverser que sous la forme d'éléments isolés complètement atypiques.

On arrive alors à la musculature qui apparaît complètement dissociée par un tissu conjonctif plus ou moins œdémateux, infiltré d'éléments réactionnels et aussi de cellules tumorales qui se montrent ici, soit à l'état isolé, soit en groupes dont chacun différencie en son centre une lumière glandulaire. L'aspect est en quelque sorte identique à celui des lésions de la sous-muqueuse décrit ci-dessus. On saisit ici sur le vif la différence qui existe entre la semelle fibreuse, signature d'un processus de défense ancien au contact d'une lésion ulcéreuse à évolution lente, qui se laisse difficilement franchir par des éléments néoplasiques, et le tissu conjonctif de la couche musculaire, beaucoup plus lâche, non organisé, qui se laisse aisément envahir et dissocier par le processus can-

céreux. La musculieuse est complètement envahie sur toute son épaisseur par les formations épithéliomateuses.

On peut donc conclure qu'on n'a pas le droit, du fait de l'existence d'une musculieuse dans le fond de la lésion, de considérer que le processus initial n'a pas été ulcéreux, car il est très possible qu'une cancérisation se soit faite à un stade précoce de l'évolution de l'ulcère, avant toute destruction de la musculieuse. Précisons, d'ailleurs, que nous ne tirons pas de là un argument positif en faveur de l'ulcéro-cancer. Nous voulons simplement dire qu'on n'a pas le droit d'en faire un élément de diagnostic certain, contre l'existence d'un processus ulcéreux primitif.

Il est parfaitement vrai, d'autre part, que, dans les néoplasmes même avancés, la musculieuse, bien que dissociée, est toujours reconnaissable, formant une couche plus ou moins continue.

2) Un autre argument nous paraît mériter qu'on s'y arrête quelque peu : c'est celui des auteurs anglais STEWART, DIBLE et MORLEY, repris par HARTMANN et Maurice RENAUD, et qui consiste à considérer la présence d'éléments épithéliaux dans la profondeur d'un ulcère comme le résultat de la distorsion générale des tissus dans le processus rétractile de l'ulcère calleux. Cette possibilité expliquerait pour ces auteurs le grand nombre de cancérisations décrit par les Américains, tandis que celles-ci seraient en réalité beaucoup plus rares. Le terme de « distorsion des tissus » ne nous

paraît pas présenter un pouvoir explicatif considérable. On affirme un fait sans en donner de preuves. Quelle est la marche suivie par les éléments épithéliaux invaginés au-dessous de la muscularis mucosae, sans que celle-ci ait elle-même pris part à cette invagination ? Nous concevons difficilement la manière dont ce phénomène a pu se produire et pour nous s'il y a eu « distorsion », pourquoi celle-ci a-t-elle pu porter sur une seule partie constitutive de la paroi gastrique, par exemple sur quelques éléments épithéliaux ? Nous sommes prêts à l'admettre quand la chose sera démontrée autrement que par un mot qui n'explique rien. Nous répondrons par ailleurs qu'on ne fait jamais un diagnostic de néoplasme sur « quelques rares » éléments épithéliaux occupant une situation plus ou moins aberrante. Il y a en outre les caractères de morphologie cellulaires (mitoses, noyaux monstrueux, etc...) qui sont nécessaires pour affirmer le cancer. Dans aucun de nos cas, nous ne nous sommes trouvés dans une alternative semblable et nous avons toujours constaté un contexte néoplasique qui nous a permis de porter sans hésitation le diagnostic de cancer. Nous savons qu'il n'y a pas *un* critère du cancer, et que la plus élémentaire prudence oblige en toutes circonstances à exiger un ensemble convergent de signes histologiques sur lesquels il ne nous appartient pas d'insister ici.

3) Quant à HARTMANN et Maurice RENAUD, ils admettent une analogie entre les cancers squirrheux du sein et certains néoplasmes gastriques, dans les termes sui-

vants : « L'existence d'un tissu de sclérose concomitant
« autoriserait-elle à dire que l'infiltration néoplasique
« s'est faite dans un tissu enflammé de longue date ?
« Certainement non ; bien des cancers s'accompagnent
« de productions fibreuses très développées. Il nous
« suffit de rappeler ce que l'on voit au niveau du sein
« dans les formes dites squirrheuses du cancer ».

Nous opposerons à cet argument quelques objections :

1° La possibilité d'assimilation du tissu interstitiel mammaire au tissu conjonctif de la sous-muqueuse gastrique, du point de vue de leurs relations réciproques avec le tissu glandulaire épithélial, mammaire ou gastrique, comme du point de vue de leurs réactions possibles aux divers processus pathologiques, est très loin d'être évidente à priori. Rien ne permet de conclure à l'identité de ces réactions. Le sein est, en effet, un organe très spécial, au fonctionnement duquel participent avec une activité égale, le plus souvent alternée, mais parfois parallèle, l'épithélial et le conjonctif. Rien de pareil dans la paroi gastrique.

2° Dans les lésions décrites sous le nom d'épithélioma squirrheux du sein, on trouve des bandes fibreuses plus ou moins larges et séparées les unes des autres par de minces interstices au sein desquels se rencontrent les files pauci-cellulaires d'éléments néoplasiques. Il y a parallélisme entre les deux processus qui évoluent de façon concomitante.

Au contraire, au sein de la semelle fibreuse que nous considérons comme caractéristique de la préexistence du processus ulcéreux sur le processus néoplasique, il

n'existe pas, dans les cas typiques du moins, de cellules tumorales. Lorsqu'un envahissement se produit, il est soumis aux règles imposées par l'organisation fibreuse antérieure, et l'on constate que l'abondance des cellules néoplasiques va en diminuant de la périphérie vers le centre du cône fibreux, ce qui démontre, à notre sens, l'envahissement d'extra intus.

3° Si l'on admet que le cancer ulcéré avec stroma fibreux très dense est identique au squirrhe du sein, et que la nappe fibreuse est une réaction simultanée à l'envahissement néoplasique, cette réaction doit être partout uniforme comme dans le squirrhe du sein. Or, dans ce que nous considérons comme des ulcères cancérisés, à la périphérie du cône fibreux, là où les éléments néoplasiques sont de beaucoup les plus abondants, il n'existe qu'un stroma sous-muqueux normal sans fibrose. Celle-ci devrait cependant être d'autant plus abondante que les éléments néoplasiques sont eux-mêmes plus abondants.

4° La signature de l'origine inflammatoire du processus de fibrose réside dans l'existence de lymphocytes, de plasmocytes et souvent d'éosinophiles abondants qui infiltrent la nappe fibreuse en dehors et souvent *très loin* de la présence de cellules néoplasiques. On ne peut considérer cet aspect histologique comme de la stroma-réaction. D'ailleurs, et à l'exclusion de toute autre considération, l'abondance souvent considérable d'éléments à granulations éosinophiles et surtout de cellules à corps de Russell, suffit à indiquer la nature inflammatoire du processus fibreux initial; car à notre connaissance du

moins, s'il existe parfois, très rarement et en petit nombre, des éléments éosinophiles dans certaines stroma-réactions, on n'y voit jamais de cellules à corps de Russell, unanimement considérées jusqu'à présent comme l'indice d'un processus inflammatoire à marche lente.

Telles sont les principales critiques que nous croyons pouvoir formuler à l'endroit de certains arguments, partout répétés, et que l'on élève contre la cancérisation des ulcères. En réalité, les deux théories sont l'une et l'autre passibles d'objections qui nous paraissent très sérieuses et dont nous ne voulons d'ailleurs pas reprendre l'étude. D'autre part, admettre chacun des deux points de vue à l'exclusion de l'autre nous semble trop absolu. Nous ne voyons aucun inconvénient à penser qu'il existe, à côté des cancers ulcérés, des ulcères cancérisés. Notre opinion rejoint donc celles que nous trouvons exprimées dans « La Pathologie gastro-intestinale » de MATHIEU et ROUX et plus récemment par W. J. MERLE-SCOTT.

C. — NOTRE POSITION

Après avoir dans ce court chapitre tâché de montrer combien est fragile la valeur de certains arguments pourtant classiques, nous allons maintenant essayer de préciser comment, à notre sens, on peut rendre compte de la majorité des faits.

Nous ne nous occupons ici, rappelons-le, que des seuls cas présentant le tableau clinique d'ulcères simples, et qui, anatomiquement, pièces en mains, sont encore considérés comme des ulcères alors que l'histologie nous les montre comme des néoplasmes. On peut considérer trois groupes de cas :

1^{er} GROUPE. On se trouve en présence de lésions ulcéreuses typiques au point de vue histologique. Nous considérons comme un critère histologique certain permettant d'affirmer l'existence d'un ulcère chronique, le fait de trouver, à la base de l'ulcération examinée, *une couche fibreuse* plus ou moins homogène, plus ou moins dense, mais d'existence constante, véritable épaissement de la sous-muqueuse qu'elle remplace en réalité, à laquelle elle s'est progressivement substituée au fur et à mesure de sa destruction. Cette couche fibreuse revêt dans les cas typiques l'*aspect d'une cupule* creusée en son centre, car c'est elle qui répond extérieurement sur la pièce à ce que l'on appelle l'ulcère chronique. Dans beaucoup de cas, elle n'a pas un aspect aussi caractéristique : elle prend alors l'allure d'une bande; d'une semelle fibreuse occupant le fond de l'ulcération et débordant plus ou moins sur les côtés au-dessous de la muqueuse saine sous laquelle elle s'insinue. KONJETZNY, DEGUIGNAND signalaient déjà la nécessité, pour affirmer l'ulcère, de retrouver le terrain cicatriciel, mais c'est surtout GOMÖRI qui montre bien la valeur de ce signe histologique. Cette cupule fibreuse dont la constatation est pour nous nécessaire et suffisante, montre

dans les cas qui nous intéressent un envahissement néoplasique plus ou moins avancé :

soit superficiellement, en couronne ;

soit sur les côtés du cône fibreux, en entonnoir ;

soit, ayant plus ou moins pénétré à l'intérieur même du cône fibreux, de dehors en dedans. Cette invasion centripète est, évidemment, plus ou moins avancée suivant que la dégénérescence est vue à un stade plus ou moins tardif.

Voici deux des observations les plus caractéristiques à ce point de vue et qui montrent bien cette différence dans les degrés de l'envahissement.

OBSERVATION IV

Examen histologique.

M. G... (D^r NOËL) (voir fig. 3).

1) *Au niveau de la muqueuse* : la muqueuse présente d'abord le type duodénal.

L'épithélium de surface présente à ce niveau de nombreuses cellules mucicarminophiles. Les glandes de Brünner disparaissent brusquement et l'on se trouve en présence d'une muqueuse de type pylorique à glandes contournées présentant une mucicarminophilie nette. Les espaces interglandulaires sont infiltrés en cette dernière portion d'assez nombreux éléments inflammatoires (lymphocytes et plasmocytes) siégeant dans un tissu réticulé assez œdémateux. Il existe de nombreux nodules lymphoïdes sous-jacents à la couche glandulaire.

En bordure de la zone ulcérée, la *muscularis mucosae* est effondrée et dépassée par des *édifications glandulaires atypiques*.

Au niveau de la zone ulcérée, la couche épithéliale est remplacée par un magma fibrinoïde superficiel au-dessous duquel on trouve un *tissu fibreux dense, en cupule*, richement vas-

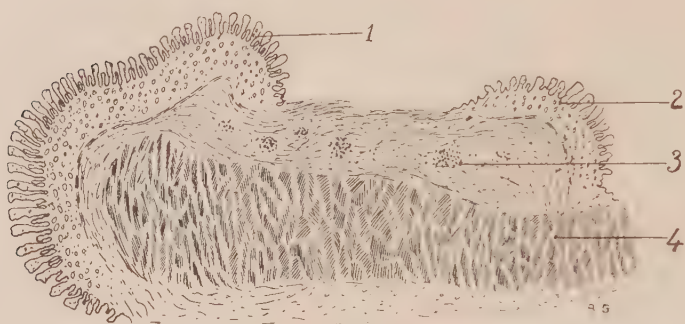


FIG. 3. — M. G... (Observ. IV).

1. Muqueuse duodénale.
2. Muqueuse pylorique.
3. Zones néoplasiques, au niveau des bords de l'ulcère, et au sein d'une *masse fibreuse dense, en cupule*.
4. Musculeuse, formant partout une couche continue, mais sans éléments néoplasiques.

cularisé et très fortement infiltré d'éléments inflammatoires (lymphocytes et plasmocytes). Mais au sein de cette masse fibreuse, où la *muscularis mucosae* a disparu et où l'on trouve de nombreux éléments réactionnels, on ne réussit pas à mettre en évidence des éléments colorés par le mucicarmin et qui seraient des cellules épithéliales néoplasiques.

Sur l'autre bord de l'ulcère, on retrouve des *formations glandulaires atypiques*, au sein d'une *muscularis mucosae* dissociée, mais à nouveau identifiable.

Au-delà de l'ulcère, la muqueuse est de type pylorique. L'épithélium de surface et les culs-de-sac glandulaires sont atypiques, faiblement mucicarminophiles et contiennent de nombreuses mitoses. Les espaces interglandulaires sont là aussi infiltrés de façon massive par des lymphocytes et des plasmocytes qui occupent toute la zone sous-épithéliale et envahissent la muscularis mucosae. La métaplasie mucicarminophile est nette.

2) *Au niveau de la couche musculuse*, il n'y a rien de particulier à signaler, sauf une dissociation des faisceaux musculaires par de l'œdème interstitiel et par des éléments réactionnels, sans qu'on trouve d'éléments néoplasiques.

En somme, ulcère vrai, en voie de dégénérescence néoplasique au niveau de ses bords. Métaplasie intestinale de l'épithélium de surface avoisinant la lésion.

OBSERVATION VII

Examen histologique (D^r NOËL) (voir fig. 4).

Mme D... (D^r LESBROS).

La zone ulcérée est entourée en surface par une muqueuse qui présente, par places, de la métaplasie intestinale colorée par le mucicarmin. Nous décrirons successivement de la surface à la profondeur : la zone ulcérée, elle-même, puis la périphérie non ulcérée.

1) *La zone ulcérée* : tout à fait en surface, on rencontre un magma de cellules autolysées, à noyaux pycnotiques, qui reposent sur une cupule fibreuse, au sein de laquelle on voit de nombreux éléments inflammatoires réactionnels : lymphocytes, polynucléaires, plasmocytes.

Au niveau de la partie moyenne de cette zone fibreuse, on rencontre de larges faisceaux musculaires orientés en tous sens, de façon anarchique, séparés les uns des autres par des

plages de tissus fibreux infiltrées d'éléments réactionnels, analogues à ceux précédemment décrits. Ce n'est que beaucoup plus loin qu'on retrouve des fibres musculaires correspondant à la couche des fibres longitudinales, c'est-à-dire la couche sous-séreuse. La musculieuse a donc été dissociée

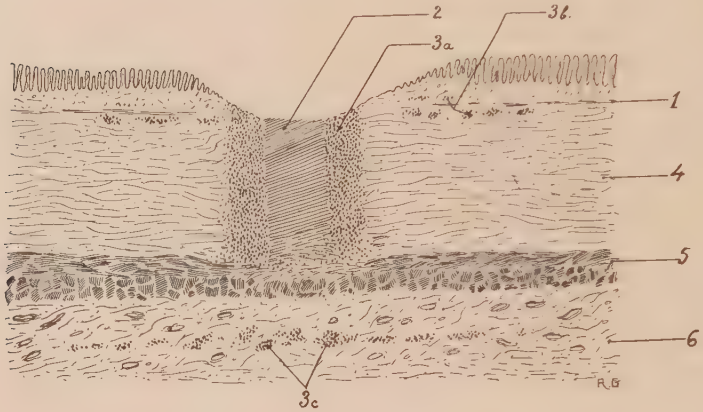


FIG. 4. — Mme D... (D^r LESBROS) (Observ. VII).

1. Muscularis mucosae.
2. Ulcère chronique typique.
3. Néoplasme atypique :
 - a) en gaine autour du cône ulcéreux central ;
 - b) ayant filé de chaque côté de la muscularis ;
 - c) ayant envahi le tissu sous-séreux.
4. Zone fibreuse épaisse, ayant remplacé la sous-muqueuse.
5. Musculaire, dont la couche profonde est intacte.
6. Séreuse et sous-séreuse.

en deux parties : la couche des fibres circulaires ayant été bouleversée par l'envahissement fibreux, la couche profonde étant encore intacte, en place. Signalons la lenteur du processus qui a abouti à un pareil bouleversement de la couche musculaire par la fibrose. Il faut souligner la présence d'éléments inflammatoires de type subaigu dans la profondeur.

Dans toute cette région, on ne trouve point de cellules néoplasiques. Il s'agit, en somme, ici, d'un ulcère chronique typique.

2) *La zone péri-ulcéreuse* : en surface, on trouve un épithélium présentant de la métaplasie intestinale. Les espaces interglandulaires sont très fortement infiltrés d'éléments lymphoplasmocytaires. La muscularis mucosae a disparu, dissociée en éléments reconnaissables, isolés au sein de *formations néoplasiques atypiques*, se présentant soit sous la forme de coulées cellulaires dont quelques éléments sont parfois colorables par le mucicarmin, soit sous la forme de boyaux néoplasiques, creusés de places en places par de minuscules cavités glanduliformes à contenu colorable par le mucicarmin. La sous-muqueuse est également envahie dans sa totalité. La musculieuse paraît respectée dans son architecture normale ; les éléments néoplasiques y semblent peu nombreux, mais on les retrouve en très grande abondance au sein d'un tissu conjonctif lâche situé au-delà de la musculieuse et représentant la séreuse épaissie. Si l'on revient à la surface et que l'on examine la jonction entre la portion de muqueuse apparemment saine et la portion de muqueuse ci-dessus décrite, on s'aperçoit que des formations atypiques ont fusé au-dessous de la muqueuse saine, parallèlement à sa surface, de chaque côté de la muscularis mucosae qui a conservé sa structure normale. Nous insisterons ici sur l'importance toute particulière de la coloration par le mucicarmin sans laquelle les cellules néoplasiques isolées passeraient complètement inaperçues.

Cette pièce est en outre caractérisée par la disposition topographique toute spéciale des lésions. Au niveau de l'ulcère proprement dit, il existe en somme un cône fibreux central sous-ulcéreux, non pénétré par le néoplasme. Quant au néoplasme lui-même, il constitue seulement une sorte de gaine péri-ulcéreuse, envahissant tout ce qui n'est pas fibreux ; c'est en somme un néoplasme marginal, développé sur les bords d'un ulcère chronique typique.

2^e GROUPE. Il s'agit de lésions ulcéreuses typiques, mais avec une infiltration de la paroi par des éléments réactionnels envahissant à des degrés divers toutes les tuniques et, à priori, au sein de ces éléments, tout paraît être inflammatoire. Ce sont là les cas les plus difficiles, car une étude minutieuse montre qu'en réalité ces éléments réactionnels contiennent autre chose que des cellules inflammatoires. Il existe en effet, cachés au milieu d'eux, des éléments néoplasiques soit complètement isolés, soit réunis en petits amas d'aspect glanduliforme plus ou moins atypique. La difficulté est telle parfois qu'on hésiterait à affirmer la malignité de ces cellules, si l'on n'acquerrait la certitude qu'il s'agit bien de cellules cancéreuses, par la mise en évidence de leur mucicarminophilie. Dans certains de nos cas, cette constatation était même décisive, car tout était contre le cancer et c'est sur le vu de cellules en châteaux mucicarminophiles que le cancer a pu être affirmé au microscope, puis confirmé par l'évolution clinique.

Voici deux exemples qui illustrent parfaitement ce que nous avançons ;

OBSERVATION XVI

Mme DA... (voir fig. 5).

Examen histologique (D^r NOËL).

L'examen histologique montre :

1. — *En bordure de l'ulcère :*

Une muqueuse à type pylorique qui, d'abord d'épaisseur normale, va en s'amincissant progressivement jusqu'à se

trouver réduite à l'épithélium de surface avec quelques infundibula et quelques culs-de-sac glandulaires, dissociés par une sorte d'œdème interstitiel. Cet aplatissement est progressif jusqu'au contact immédiat de la zone ulcérée. Il existe sur toute la longueur de cette zone muqueuse, une congestion intense des capillaires intra-muqueux, allant — au niveau des couches superficielles — jusqu'à des suffusions hémorra-

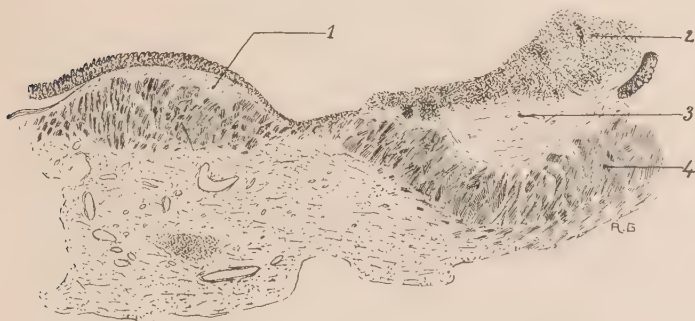


FIG. 5. — Mme Da... (Observ. XVI).

- 1 et 2. Zone inflammatoire de type subaigu.
3. Cupule fibreuse contenant des éléments néoplasiques isolés, mucicarminophiles.
4. Musculeuse également infiltrée de cellules néoplasiques.

giques. Sur toute la longueur également, il existe une infiltration des espaces interglandulaires et sous-épithéliaux par des éléments réactionnels du type lympo-plasmocytaire, avec de nombreux polynucléaires neutrophiles et quelques éosinophiles.

La partie profonde de la muqueuse est tapissée par une muscularis mucosae identifiable sur toute la longueur. La sous-muqueuse, légèrement œdématisée par places, est discrètement ponctuée de plasmocytes qui s'égrènent de loin en loin. La musculeuse contient, elle aussi, répartis dans le tissu

conjonctif interfasciculaire, quelques éléments plasmocytaires, peu nombreux, avec quelques lymphocytes.

En somme, les lésions sont surtout marquées au niveau de la muqueuse où l'on constate de l'hyperhémie, avec hémorragie interstitielle sous-épithéliale et interglandulaire, et une infiltration inflammatoire de type subaigu. Il n'existe pas de lésions vasculaires évidentes, et, en particulier, pas d'augmentation véritable de volume des parois vasculaires.

II. — *Au niveau de la zone ulcérée :*

L'épithélium de surface, la *muscularis mucosae*, la sous-muqueuse ont à peu près complètement disparu. Remplaçant le tout, on trouve une nappe fibreuse dense, richement vascularisée, qui sépare plus ou moins, suivant les points, la couche musculieuse de la couche la plus superficielle.

Dans cette région, de la surface à la profondeur, on rencontre successivement :

1) Un tissu d'aspect réticulé, contenant quelques débris de fibres musculaires lisses, quelques édifications glanduliformes, des vaisseaux, dont certains ouverts en surface voisinent avec des points hémorragiques inclus dans le tissu. Ce tissu est très œdémâcié et se montre infiltré massivement par une très grande quantité d'éléments réactionnels, surtout représentés par des polynucléaires éosinophiles. De loin en loin, on voit quelques plasmocytes, lymphocytes, des hystiocytes assez nombreux. L'aspect offert est celui d'une inflammation du type subaigu avec ulcération superficielle.

Au sein de cette première couche, existent des *édifications glanduliformes nettement atypiques* qui s'échelonnent en se juxtaposant perpendiculairement à la surface ulcérée. Ces formations présentent de nombreux éléments en mitose.

2) Plus profondément, à ce tissu conjonctif œdémateux, caractéristique de la zone superficielle, se substitue un tissu conjonctif dense, fibreux, pourvu de gros vaisseaux, dont certains ont une paroi nettement épaissie. Là encore, nous retrouvons des éosinophiles et des plasmocytes, mais en nom-

bre beaucoup moins considérable. Au sein de ce tissu fibreux, existent quelques éléments cellulaires du type hystiocyte et aussi de loin en loin et cela jusqu'au contact de la musculéuse, quelques petits nids de cellules atypiques qui pourraient passer inaperçues sans un examen minutieux. Certains de ces éléments donnent, en effet, l'impression d'être de petits capillaires sanguins. La *coloration au mucicarmin* montre qu'il s'agit de cellules très atypiques mucicarminophiles, et indiquant qu'elles dérivent de l'épithélium de surface, signe leur nature néoplasique. La couche musculaire dissociée par l'œdème interstitiel contient encore des lymphocytes, des plasmocytes, des hystiocytes et des éléments néoplasiques mucicarminophiles.

Dans cette pièce, il s'agissait donc :

1) D'une inflammation de type subaigu, à évolution lente, caractérisée par la présence de nombreux éosinophiles. Ce processus lent a permis l'édification au-dessous de lui d'une barrière fibreuse, véritable *cupule fibreuse*, qui le sépare de la couche musculaire sous-jacente.

2) Sur ces lésions inflammatoires, dont on peut, semble-t-il, affirmer l'ancienneté et l'origine ulcéreuse, s'est greffé un processus néoplasique, signé d'une part par l'atypie des éléments glanduliformes qui le constituent et, d'autre part par l'essaimage, à l'état plus ou moins isolé, de ces mêmes éléments glandulaires dans toute l'épaisseur de la paroi, jusque dans la musculéuse. Si donc l'anatomie pathologique confirme le diagnostic clinique d'ulcère, elle le complète en montrant qu'il s'agit d'un ulcère secondairement cancérisé.

Nous tenons à insister particulièrement à propos de cette coupe sur l'utilité d'un examen minutieux et, en particulier, de la *coloration par le mucicarmin* qui permet, lorsqu'elle est positive, de déceler les minuscules édifications glandulaires qui, éparpillées au loin, seraient sans cette technique, pratiquement impossibles à identifier.

OBSERVATION XVII

M. L... (D^r SANTY) (voir fig. 6 et 7).

Examen histologique (D^r NOËL).

Sur la préparation, on voit, d'un côté une muqueuse de type duodénal, et de l'autre, une muqueuse de type pylo-

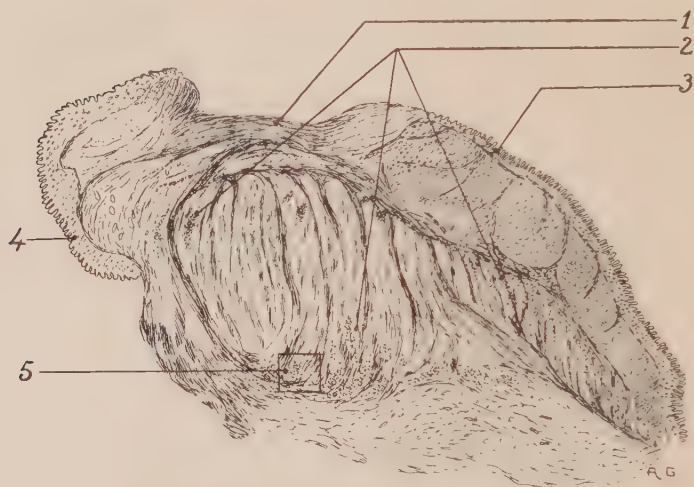


FIG. 6. — M. L... (Observ. XVII).

1. Zone ulcérée, au niveau de laquelle on remarque une plage fibreuse envahie par le néoplasme.
2. Prolongements néoplasiques isolés dans la musculature et amorçant une métastase résurgente.
3. Muqueuse duodénale.
4. Muqueuse pylorique.
5. Zone reproduite au gros grossissement (Fig. 7).

rique. A la jonction des deux muqueuses siège la *surface ulcérée*. Toute la base de cette dernière est occupée par une zone fibreuse étendue et épaisse, constituant une sorte de semelle

formée de fibres conjonctives, orientées parallèlement à la surface, et infiltrée d'éléments inflammatoires de type lympho-plasmocytaire, voisinant avec les fibroblastes habituels. Cette zone fibreuse est entièrement infiltrée d'éléments néo-

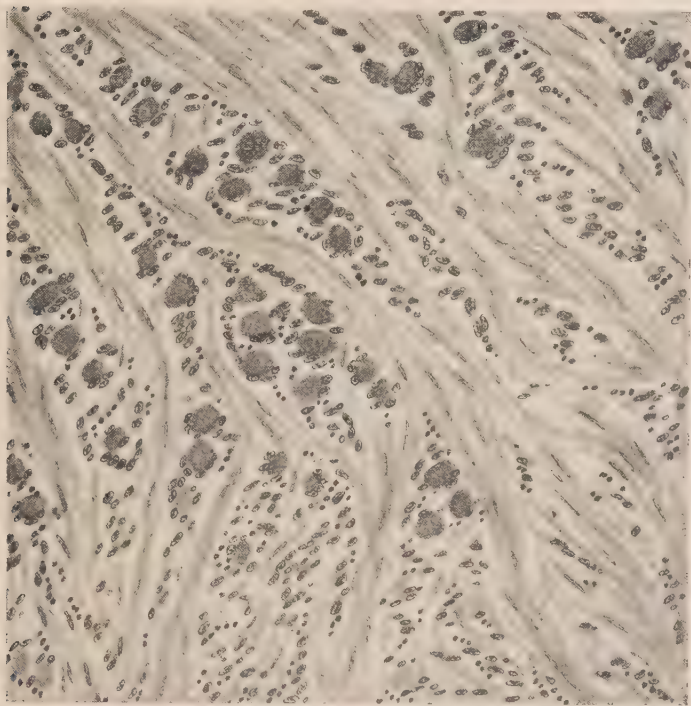


FIG. 7. — Grossissement de la FIG. 6.

Cellules néoplasiques isolées infiltrant profondément la musculature au-dessous de l'ulcération et colorées par le mucicarmin.

plasiques organisés souvent en trainées cellulaires atypiques et également affectant la forme de minuscules acinis à parois aplaties. Très souvent, ces formations néoplasiques pourraient être prises pour des capillaires sanguins *n'était la réaction positive donnée par le mucicarmin à leur niveau.*

La musculieuse offre à considérer les mêmes éléments néoplasiques répartis dans toute son épaisseur et qui, là encore, se présentent soit sous la forme de minuscules acinis, soit sous la forme de cellules en châteaux, gonflées par une goutte mucicarminophile, et *pouvant très facilement passer inaperçus*.

Signalons encore le glissement horizontal des éléments néoplasiques qui, débordant très largement la zone ulcérée, s'infiltrant au-dessous de la muqueuse duodénale apparemment saine, et remontent parfois jusqu'au contact des glandes, amorçant là un *début de métastase résurgente* par infiltration du parenchyme glandulaire. Cette infiltration, large d'environ 1 cm. $\frac{1}{2}$ s'étend jusqu'à l'extrémité de la pièce du côté duodénal, tandis que du côté pylorique, l'invasion ne semble pas atteindre les limites du fragment. La séreuse est complètement envahie.

En somme, il s'agit d'un épithélioma cylindrique atypique, greffé sur un ulcère ancien l'ayant actuellement presque totalement envahi et même déjà dépassé.

Ces cancers ne sont donc pas évidents et il s'en faut. Nous voyons là peut-être une des raisons pour lesquelles beaucoup ne croient pas à la fréquence relative de ces formes, et l'explication des nombreuses divergences qui se rencontrent dans les statistiques.

L'hypothèse que nous venons de formuler est loin d'être gratuite. Dans nos observations, nous trouvons deux cas, les n^{os} XV et XXIII où l'examen histologique d'une pièce de résection répondit : ulcère simple, et où l'évolution ultérieure montra, à la plus grande surprise, des signes certains de néoplasie. Si l'on parcourt la littérature, on constate que ces faits ne sont pas isolés. FINSTERER publie deux observations tout à

fait superposables. Dans un de ces cas, concernant des ulcères multiples, l'examen histologique de Stork ne montrait aucune dégénérescence. C'est la coupe d'un ganglion qui montra le cancer, et ce n'est qu'après des examens répétés des divers ulcères, qu'on put mettre en évidence des zones de dégénérescence. Dans l'autre cas, ce fut un second examen des mêmes coupes, pratiqué par un histologiste différent, qui révéla le cancer d'abord méconnu. Pour FINSTERER, l'examen histologique peut laisser échapper la dégénérescence maligne, si l'on n'a pas la précaution d'examiner de nombreux champs de la même coupe. FEDERMANN, étudiant les suites éloignées de 25 résections pour ulcère, avec examen histologique concluant à l'ulcère simple, eut la surprise de trouver deux morts par cancer au cours de l'année qui suivit. HABERER dit que dans les cas où, après résection d'ulcère, les malades meurent de cancer, il faut faire un nouvel examen des préparations, qui apportera finalement la certitude que, déjà au moment de l'opération, il s'agissait d'un ulcus dégénéré ; c'est pourquoi il conseille de conserver toutes les pièces de résection pour ulcère calleux, de façon à pouvoir les examiner avec la sanction des résultats éloignés. Il y a là une idée à retenir.

Lord MOYNIHAN cite de même deux malades, ayant subi une gastrectomie pour ulcus gastrique, vérifié seulement histologiquement, et qui *moururent de cancer avec tumeur gastrique* et hépatique, l'un 5 ans après, l'autre 2 ans après l'intervention. Enfin DEEVER et HEIMAN racontent qu'à 3 reprises, des malades opérés d'ulcères (excision ou résection) vérifiés histologique-

ment revinrent avec des cancers gastriques avancés. Dans un de ces cas, de nouvelles sections de la pièce ancienne montrèrent un cancer au début. Mais, dans les deux autres cas, des sections en série, absolument complètes et fouillées, ne montrèrent rien. Ces auteurs insistent eux aussi sur la nécessité d'explorer soigneusement les coupes et même recommandent de prélever des fragments dans 4 ou 5 régions différentes de l'ulcération.

Dans un cas de SCOTT, on ne put mettre en évidence le cancer que dans une seule coupe et au niveau d'une très petite zone. Cet auteur fait très justement remarquer que si l'examen n'avait pas, par hasard, porté sur cet endroit, on n'aurait pu faire d'autre diagnostic que celui d'ulcère simple. Il est permis de penser que de tels cas sont fréquents.

Il faut donc, si l'on ne veut point risquer d'erreurs :

1) Se rappeler la nécessité de faire, quand on prélève le fragment pour l'examen histologique, des coupes multiples, ou bien, si l'on n'envoie qu'un ou deux fragments, de ne pas les prélever au hasard. Mais le mieux est encore de faire au moins quatre ou cinq prélèvements différents dans divers plans, comme le conseille fort bien GOMÖRI.

2) Que l'anatomo-pathologiste soit prévenu de ce fait que les cellules néoplasiques peuvent être isolées et difficilement identifiables, à l'état de cellules en châteaux, parfois même non vacuolaires, toujours avec un noyau atypique (mitoses, monstruosités) qui permettra de les identifier cependant. Nous avons insisté sur le bon moyen que représentait la coloration au mucicar-

min, mais il faut savoir qu'il y a des cas où l'on se trouve en présence d'éléments néoplasiques ne prenant pas le mucicarmin. La seule arme consistera donc dans un examen minutieux, attentif, portant sur toutes les zones. On peut dire qu'on ne les trouve qu'autant qu'on les recherche.

3^e GROUPE. Il s'agit de cancers typiques ulcérés en surface. Nous n'insisterons pas sur ces cas qui certainement existent et sont nombreux, et pour lesquels nous n'avons rien à ajouter à l'opinion classique.

*
**

Cet aspect clinique et anatomique bénin, malin histologiquement et d'allure en général chronique, correspond-il à une forme particulière de néoplasme, constitue-t-il une entité morphologique, une sorte d'ulcus rodens à marche lente suivant l'opinion déjà vieille de TRIPIER ?

En réalité, il n'en est rien. On trouve ici toutes les formes de néoplasme depuis les cellules isolées ou groupées en files, réunies en amas, non creusées d'une cavité centrale, ou représentées par des édifications glanduliformes, avec réaction au mucicarmin en général positive, mais parfois aussi négative. Il en est auxquelles l'atmosphère œdémateuse dont elles sont entourées donne parfois l'aspect de l'épithélioma colloïde ; d'autres ont l'aspect du squirrhe (avec les réserves faites plus haut sur ce terme), les unes ont une stroma-réaction intense, les autres ne présentent presque pas de stroma-réaction. On voit donc qu'il n'existe aucun critère mor-

phologique d'unité ; on a l'impression que toutes les formes de néoplasme gastrique peuvent se rencontrer et répondre à ce type un peu spécial. Quelle est alors la raison de cette évolution anatomo-clinique lente, simulant l'ulcère ? On peut supposer que, pour un certain nombre de cas du moins, du fait de l'existence d'une couche fibreuse antérieure, la pénétration en profondeur est plus difficile que dans une sous-muqueuse normale où les voies de cheminement sont beaucoup plus nombreuses et plus larges. Pour ce qui est des autres, qui offrent microscopiquement l'allure de néoplasmes primitifs et qui néanmoins paraissent évoluer avec une certaine lenteur, nous ne voyons point d'explication à fournir en dehors d'hypothèses d'ordre philosophique relatives au terrain ou à tout autre facteur, que notre ignorance en matière de cancer ne nous permet pas de juger ni même d'invoquer ici.

Les méthodes d'examen microscopique extemporané ont-elles apporté la clef du diagnostic opératoire ?

Les Frères MAYO avaient essayé l'examen extemporané par congélation des ganglions prélevés lors des interventions gastriques. Ce procédé, déjà discuté et rejeté par BOULIN, nous semble passible d'un très gros reproche : il peut s'agir de ganglions simplement inflammatoires, même dans le cancer ; un ulcère peut être envahi par un néoplasme, tandis que les ganglions sont encore indemnes. R. GUTMAN a suggéré la possibilité de l'examen histologique extemporané, non plus d'un ganglion, mais d'une véritable *biopsie*. Cet examen serait ainsi plus direct, mais ce que nous savons de certaines difficultés d'interprétation, de la nécessité d'une coloration au mucicarmin en diminue beaucoup la valeur et en limite l'intérêt. Un résultat positif aurait certes son importance, mais il ne faudrait pas tenir compte d'un examen négatif, comme c'est d'ailleurs la règle dans toute la pathologie.

CHAPITRE VI

Portée pratique

I. — QUELQUES OPINIONS

Comme on l'a vu, il est extrêmement difficile, — il serait plus vrai de dire impossible, — d'établir dans les formes cliniques douteuses que nous étudions, s'il s'agit d'ulcère ou de cancer ; et l'on a même vu que l'examen histologique lui-même devait se soumettre à des règles très précises pour conserver une grande valeur. Nous avons signalé au passage les causes d'erreur, les difficultés matérielles, parfois même l'inanité d'un examen pourtant minutieux, mais qui a pu ne porter que sur une partie non cancéreuse de la lésion examinée.

Il nous semble qu'en présence de pareils doutes l'attitude thérapeutique soit en quelque sorte dictée par la

leçon qui se dégage des faits. Bien que MORLEY, HARTMANN, DUVAL et MOUTIER prétendent que l'ulcéro-cancer est si rare que cette éventualité ne saurait influencer sur le traitement de l'ulcère de l'estomac, et qu'on ne saurait mettre en balance la bénignité d'une gastro suffisante et la gravité d'une gastrectomie trop souvent inutile, nous pensons qu'il est plus sage d'adopter l'attitude que préconisait LECÈNE en 1928, à la Société de Chirurgie de Paris.

« Il est d'une grande importance de savoir, dit-il.
« que des lésions qui peuvent se présenter comme des
« ulcères calleux plus ou moins pénétrants, sont dans
« plus d'un quart des cas des cancers. Il faudra donc
« traiter les ulcérations calleuses gastriques comme si
« elles *pouvaient être* des cancers, donc par la résec-
« tion (gastrectomie) ».

*
**

Cette opinion, nous la trouvons exprimée par un grand nombre d'auteurs tant en France qu'à l'étranger. MM. DELORE et ROMAND-MONNIER, DELAGENIÈRE, PAUCHET l'exposent avec des mots différents. René GUTMANN, Paul CARNOT, MATHIEU et ROUX, Félix RAMON, qui ne sont pas des chirurgiens, préconisent la même attitude.

— « Dans les cas d'ulcère chronique calleux, on doit
« faire une gastrectomie, la gastro étant une interven-
« tion trompeuse exposant à des réveils désagréables ». (Félix RAMON).

— « Tout ulcéreux qui ne guérit pas cliniquement,
« radiographiquement et qu'on laisse évoluer sans

« l'opérer a un numéro pris à la loterie du cancer ;
« souvent même, alors que tout le monde l'ignore
« encore, le numéro est déjà sorti ». (René GUTMANN).

Ce même auteur insiste sur l'influence que ces doutes exercent sur l'attitude thérapeutique. Le chirurgien doit faire une intervention plus large dès qu'il y a doute, le médecin ne doit pas attendre pendant des années le succès d'un traitement médical inefficace avant de faire opérer.

— « Réséquer le plus possible la région malade, c'est
« empêcher sa cancérisation s'il ne s'agit pas déjà d'un
« cancer, c'est en empêcher la généralisation et l'ex-
« tension si la lésion est déjà cancéreuse ». (BRECHOT).

WALTON préconise une gastrectomie partielle aussi étendue que possible. MOYNIHAN pense que même si la transformation d'une affection simple en affection maligne est rare, la gastrectomie est cependant indiquée d'autant plus qu'elle est encore le meilleur traitement de l'ulcère chronique. Il estime que si l'on veut mettre en parallèle la mortalité de la gastro pour ulcère et de la gastrectomie, il faudrait charger la première de tous les cas qui pris pour des ulcères étaient déjà des cancers et qu'une gastrectomie précoce eut à ce moment guéris. L'étude de la mortalité dans les deux opérations se révélerait alors tout à fait comparable.

MORLEY, bien que ne croyant pas au danger de la dégénérescence défend pourtant la gastrectomie, disant que, outre la difficulté de diagnostic opératoire, la gastrectomie semble le moyen le plus efficace pour guérir l'ulcère chronique. FINSTERER insiste sur la nécessité d'opérer précocement l'ulcère de l'estomac avant qu'il

n'ait subi la dégénérescence maligne. Il met en évidence les résultats décevants — fait connu de la plupart des chirurgiens — obtenus si souvent, malheureusement, par la gastrectomie dans les cancers confirmés. Il s'exprime en ces termes :

« Le cancer ne peut être guéri opératoirement. Le
« seul moyen d'améliorer le pronostic est de réséquer
« l'ulcère. Dans l'ulcère calleux, surtout de l'antra pylo-
« rique, la résection est la meilleure prophylaxie du
« cancer de l'estomac ».

SCOTT, GOMÖRI expriment la même idée :

« Tous les ulcères calleux sont suspects de cancer
« et doivent être traités comme tels » (SCOTT). SCOTT
dit encore :

« Notre espoir immédiat d'améliorer les résultats
« dans le cancer gastrique réside dans l'ablation com-
« plète de l'ulcère calleux, qui est un cancer en puis-
« sance, avant sa transformation ».

Nous n'insisterons pas davantage et il nous paraît inutile de multiplier les citations. Nous pensons exprimer l'opinion de la plupart des auteurs en disant que cette conception des choses nous paraît plus proche de la réalité, en opposition avec l'opinion de certains auteurs dont ANSCHUTZ et WANKE, pour lesquels la gastro-entérostomie diminuerait les risques de dégénérescence maligne. C'est donc dans ce sens que l'on peut reprendre la phrase écrite par SANEROT dans sa thèse de 1905, que nous citons au début de notre travail :
« Cliniquement l'ulcère chronique est un néoplasme et doit être considéré comme tel »

II. — JUSTIFICATION DE LA GASTRECTOMIE

De nombreuses opinions, même concordantes, ne suffisent pas à justifier une intervention. La gastrectomie, à nos yeux, se justifie ici à plus d'un titre.

1) Sans doute, la cancérisation, trop rare, ne doit pas être un argument décisif en faveur de la résection d'un ulcère gastrique ; mais cet ulcère *n'est-il qu'un ulcère ?* Comment en être sûr ? Toute la question est là. Les exemples nombreux que nous avons donnés, la lecture de nos observations montrent bien la difficulté du problème. C'est à juste titre que les auteurs américains (Mac CARTY, SCOTT) prétendent que les discussions pathogéniques ont fait oublier cette notion pratique : l'existence d'un cancer simulant exactement l'ulcère :

2) Ce que nous savons des résultats trop souvent décevants de la gastrectomie dans les cancers confirmés, doit nous inciter à rechercher la guérison du cancer par une chirurgie en quelque sorte prophylactique. La phase où *l'on peut espérer traiter le cancer gastrique correspond au moment où l'on pratique l'ablation radicale des lésions, avant le développement des signes classiques de malignité.*

Les résultats ne seront en effet, semble-t-il, jamais meilleurs que lorsqu'on réséquera ces cancers à marche

lente, ou bien ces lésions attaquées à leur début, presque en puissance de cancer. C'est pourquoi se justifie la gastrectomie large, dans cette lésion toujours douteuse, souvent énigmatique qu'est l'ulcère chronique de l'estomac.

3) La gastrectomie en vaut-elle la peine ? HARTMANN ne le pense pas : il se demande si l'on ne reviendra pas à la simple G.E.A. « Les malades, dit-il, ayant un long passé gastrique ne sont pas atteints de cancer : l'indication de l'ablation ne se pose pas ». Après un simple regard sur le tableau résumant nos observations, cette affirmation nous paraît discutable.

La gastrectomie évite-t-elle la récurrence ? On pourrait en douter après avoir lu les observations de BRISSET, de MATHIEU et ALIVISATOS, où, malgré une gastrectomie, le cancer se développa de nouveau. Cependant, on ne note pas, dans ces observations, l'étendue de la résection ; celle-ci fut probablement économique, puisque, dans le cas de BRISSET, on put faire une nouvelle gastrectomie.

Nous croyons donc voir ici un argument en faveur de la *gastro-pylorctomie large*.

4) La nécessité d'une résection, et d'une *résection large*, nous semble justifiée en outre par un fait d'ordre histologique. En examinant avec soin nos coupes, il nous est arrivé de constater à diverses reprises que, sous une muqueuse parfaitement normale, se glissaient, à distance et souvent fort loin de l'ulcération suspecte, des cellules cancéreuses, par une sorte de « *métastase résurgente* ». Celle-ci était, dans quelques cas, simple-

ment, ébauchée ; dans un cas, (obs. XVI) elle était très nette, et se prolongeait jusqu'aux limites mêmes de la coupe. Il se peut qu'on saisisse ici la raison histologique des récives rapides, dans certains cancers, qui semblaient pourtant largement réséqués.

5) Enfin, la gastrectomie nous paraît justifiée par *l'étude de nos résultats*.

En effet, sur les 25 gastrectomies que nous rapportons, si l'on excepte 7 résultats trop récents, 2 malades non retrouvés, et 2 morts opératoires, il y a 6 survies de 3 à 7 ans. Sans doute, nous avons eu des récives rapides, mais, en matière de cancer on sait qu'il faut s'attendre aux insuccès les plus déconcertants.

Nous avons pensé tout d'abord que ces formes lentes, simulant l'ulcère, étaient peut-être susceptibles de meilleurs résultats que les formes habituelles du cancer gastrique. Déjà, l'opinion de FINSTERER, pour lequel l'ulcéro-cancer n'est pas moins mauvais que les autres cancers, nous avait impressionné. L'étude de nos observations ne fait que confirmer cette impression défavorable. En réalité, tout se voit ; comme nous l'avons déjà montré, toutes les formes histologiques se rencontrent. Et l'évolution la plus imprévue s'y attache : tel cancer atypique, colloïde, survit 5 ans ; tel autre, métatypique ou glanduliforme, récidive 6 mois après la gastrectomie la plus large. On ne peut, actuellement du moins, superposer de pronostic à ces formes histologiques, ni essayer de tirer aucune conclusion générale de cet ordre.

III. — QUELLE CONDUITE TENIR EN PRÉSENCE D'UN ULCÈRE CHRONIQUE ?

a) *On ne doit pas prolonger le traitement médical, outre mesure ; telle est la notion qui doit demeurer.*

« Il faut se rappeler, dit M. DELORE, que tout ulcéreux est un cancéreux en puissance, et doit être véritablement traité comme tel, dès que l'ulcère ne fait pas rapidement la preuve de sa nature bénigne ».

Il faut donc cesser la thérapeutique médicale dès qu'elle se montre inefficace (DUVAL, 1920).

L'opinion des auteurs, qui ne sont pas des chirurgiens, mais des médecins (CARNOT, MATHIEUX, etc.) prend ici toute son importance. C'est donc dire la nécessité de cette collaboration médico-chirurgicale étroite, tant à l'ordre du jour actuellement, et sur laquelle les travaux modernes sur l'ulcère chronique insistent tant. Il faut faire un essai loyal de traitement médical ; mais il faut suivre de très près l'action de cette thérapeutique et l'interrompre si, au bout de quinze jours ou de trois semaines, il n'y a aucune amélioration. C'est cette attitude de prudence qui permettra d'améliorer les résultats dans le traitement du cancer gastrique.

b) *Il faut donc intervenir.*

On trouve une induration suspecte. Quelle est sa nature ? Nous sommes en présence d'une de ces formes douteuses que nous venons d'étudier.

Il faut rejeter formellement le Balfour.

Quant à la *G.E.A.*, nous connaissons ses dangers, en cette occurrence. Il faut donc la rejeter. Si l'on ne peut faire autrement (état de sténose, difficultés opératoires), on l'acceptera comme premier temps, avec l'idée bien arrêtée de revoir les lésions dans un deuxième temps rapproché, pour en pratiquer l'exérèse.

Si malgré tout, on a pratiqué une gastro, sans être décidé à un deuxième temps, ou si la lésion avait paru nettement bénigne, il faut continuer à surveiller longtemps son opéré, suivant le conseil de GUTMANN. La continuation des douleurs malgré une bouche qui fonctionne bien, la persistance ou l'augmentation de la niche à la radio, sont autant de raisons qui doivent faire pencher en faveur d'une gastrectomie secondaire.

L'opération logique *est donc la GASTRECTOMIE.*

Car il faut se comporter dans les cas douteux comme si l'on avait affaire à une lésion certainement maligne. C'est dire la nécessité de la résection fréquente et de la résection large. On préférera la gastro-pylorectomie étendue, dépassant largement les lésions, et enlevant un

ou deux tiers de l'estomac, non seulement à la gastro simple, mais encore à tous les procédés d'excision plus ou moins importante (Balfour ou autres procédés) qui restent des procédés palliatifs, n'apportant aucune sécurité et qui seront réservés à des cas d'exception.

CONCLUSIONS

I

Parmi les ulcères chroniques d'évolution ancienne qu'opère le chirurgien, se trouve *un pourcentage élevé de lésions cancéreuses*, estimé suivant les auteurs de 1/6 à 1/4 des cas.

II

Nous ne cherchons pas à préciser davantage le degré de fréquence d'une telle éventualité, estimant que dans cet ordre les statistiques sont trompeuses. Nous ne prétendons pas non plus qu'il s'agisse dans tous ces cas d'ulcères cancérisés, mais il est impossible de l'affirmer, comme de prouver le contraire, puisque le plus fréquemment les tumeurs sont complètement envahies par le cancer.

Nous pensons qu'à côté d'un petit nombre de cas certains d'*ulcères cancérisés* (durée de l'évolution clinique, tests histologiques), il existe des cas plus nombreux de *cancers ulcérés secondairement*.

Mais, ce qui donne à ces formes quelque peu disparates une *unité clinique*, ce qui en fait *l'intérêt pratique*, seul à considérer en définitive à cause de la sanction

thérapeutique, c'est que cliniquement par leur marche lente, macroscopiquement par leur aspect fibreux, elles se présentent *comme des ulcères*, et qu'il est impossible, surtout pour le chirurgien, de différencier sûrement les deux lésions. C'est dans ce sens qu'on a pu leur donner le nom de « *cancer ulcéiforme* » (R. GUTMAN), terme qui a l'avantage de ne rien préjuger au point de vue de leur origine.

III

Dans ces formes douteuses, le *diagnostic clinique* est impossible : il n'y a que des *présomptions*. Les meilleures sont :

— dans l'ordre clinique : la persistance des douleurs et d'une anémie marquée malgré un traitement médical ou même chirurgical (gastro) bien conduit.

— dans l'ordre radiologique : l'existence d'une niche de grandes dimensions, son indifférence au traitement, sa persistance ou même son augmentation entre plusieurs examens consécutifs.

IV

La certitude n'est apportée que par l'*anatomie pathologique*.

L'*examen macroscopique* est souvent trompeur : le meilleur signe est fourni par les grandes dimensions du cratère ulcéreux : un ulcère de 2 à 3 centimètres de diamètre étant fréquemment cancéreux.

C'est l'*examen histologique* qui affirme le cancer. Il faut cependant faire quelques *réserves* : l'examen peut porter sur une zone exempte de lésions cancéreuses ;

d'autre part, il existe des formes où l'on rencontre seulement quelques cellules cancéreuses isolées pouvant facilement passer inaperçues. Si l'on veut donc que l'examen histologique garde toute sa valeur de contrôle, il faut :

— prélever *plusieurs fragments* dans les divers axes de l'ulcération à priori suspecte.

— pratiquer toujours une coloration au *mucicarmin* pour mettre en évidence les cellules néoplasiques isolées.

V

L'ulcère chronique *ne doit pas être traité médicalement*. Le danger certain de l'erreur de diagnostic, plus encore que la crainte d'une cancérisation, doit inciter au traitement *chirurgical*.

Celui-ci, aussi précoce que possible, consistera en une *gastro-pylorctomie large*, c'est-à-dire enlevant la moitié ou les deux tiers de l'estomac. Toutes les fois que les lésions le permettront, on la fera primitivement ; sinon, on la remettra à un deuxième temps, mais on n'y renoncera pas alors, même si une amélioration très grande, générale ou locale, semble affirmer la bénignité de la lésion.

Vu :

Le Doyen,

J. LÉPINE

Le Président de la Thèse,

TIXIER.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 5 Octobre 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la Bibliographie antérieure à 1905, nous ne citerons que quelques travaux importants et nous renvoyons le lecteur aux thèses de DUPLANT et SANEROT, pour de plus amples détails.

ANCELIN. — De la fréquence de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1925.

ANSCHUETZ et KONJETZNY. — L'ulcéro-cancer de l'estomac. *Deutsch. Zeitsch. für Chir.*, 1920, p. 154.

ANSCHUETZ et WANKE. — Au sujet de l'ulcéro-cancer et du cancer dans l'estomac ulcéreux. *Deutsch. Zeitsch. für Chir.*, oct. 1931, pp. 425-465.

ASCHOFF. — *Deutsche Mediz. Wochen*, 1912, p. 494.

AUDISTERE. — L'ulcéro-cancer. Thèse Paris, 1903.

Von BOMHARD. — Relations entre le cancer et l'ulcère de l'estomac. *Muenchen med. Wochenschrift*, 1921, p. 1471.

BORRMAN. — L'ulcéro-cancer. Henke-Lubarsch, vol. IV.

BOUCHUT et LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac. *Journ. de Méd. de Lyon*, 5 août 1932, p. 465.

BOULIN. — Cancérisation de l'ulcère de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1924.

PRESSOT. — Six ans de Chirurgie gastrique. Thèse Lyon, 1909

- BROBIN et Mme TEDESCO. — *Soc. de Gastro-Entérologie de Paris*, 11 juin 1934.
- BRUETT. — Contribution au sujet de l'ulcéro-cancer. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1921, p. 324.
- BURLET. — Gastrectomie dans le cancer de l'estomac. Thèse Lyon, 1926.
- CALISSANO Giovanni (de Tunis). — Carcinomes de la petite courbure développés sur un ulcère préexistant. *Archivio Italiano di Chirurgia*, Bologne, juin 1931, pp. 437-449.
- CARMAN (R. D.). — Benign and Malignant gastric ulcers from roentgenological view point. *American Journal roentgenol.*, 1922, pp. 695-696.
- CARNOT. — Ulcères digestifs, pp. 83-150.
- CHRISTOPHE. — Résultats éloignés des diverses interventions gastriques. — *Arch. App. Digestif*, 1923, p. 625.
- DEAVER (de Philadelphie). — *Annals of Surgery*, sept. 1919.
- DEAVER and HEIMANN. — Ulcère gastrique et duodéal. *Surgery Gyn. and Obst.*, 1921, 1, p. 103.
- DEGUIGNAND. — Le cancer ulcérisé du pylore. Thèse Paris, 1922.
- DELAGENIÈRES. — *Congrès de Chirurgie*, 1920, p. 140.
- DELORE (X.). — Indications de l'exérèse dans les ulcères chroniques de l'est. et du duod. *Lyon Chir.*, août 1933, p. 480.
- DELORE, MALLET-GUY et BURLET. — Résultats éloignés des gastrectomies pour cancer. *Lyon Chir.*, nov.-déc. 1926.
- DELORE et ROMAND-MONNIER. — *Presse Médicale*, 1931, p. 148.
- DELORE, COTTE (Louis) et GAYET. — *Lyon Médical*, sept. 1934, p. 287.
- DIBLE (A.). — *British Journal of Surgery*, 1925, pp. 666-700.
- DUJARIER. — *Congrès de Chirurgie*, 1920, p. 261.
- DUPLANT. — De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer. Thèse Lyon, 1897-1898.

- DUVAL et MOUTIER. — La fréquence de l'ulcéro-cancer de l'estomac. *Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 423.
- EWING (J.). — Neoplastic diseases. Philadelphie (W.-B. Saunders & Co. *Annals of Surgery*, 1918, p. 715.
- FINSTERER. — La question de l'ulcéro-cancer de l'estomac. *Medizinische Klinik*, 28 oct. 1923.
- Suites immédiates et éloignées des résections gastriques pour cancer. *Medizinische Klinik*, 8 fév. 1929.
- GARRE-BORCHARD. — *Traité de Chirurgie*, 1923.
- GOMÖRI. — Carcinoma arising from chronic ulcers. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, oct. 1933.
- GOUILLOU. — Traitement des ulcères par la pyloréctomie et l'hémigastrectomie. *Lyon Chir.*, 1928, p. 526.
- GUTMAN (R.). — Les syndromes douloureux épigastriques, 2 v.
- Eléments de diagnostic entre le cancer ulcéroforme et l'ulcère vrai. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, déc. 1932, p. 1696.
- HABERER. — Les Indications du traitement chirurgical dans les lésions bénignes et malignes de l'estomac, basées sur 1432 cas. *Samml. Zwangl. Abhandl. a. d. Geb. Stoffwechsel*, 1923, 5.
- HARTMAN. — *Chirurgie gastrique*, 1928, tome 2.
- L'ulcéro-cancer de l'estomac est-il fréquent ? *Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 263.
- L'ulcère calleux de l'estomac et le soi-disant ulcéro-cancer. *Gaz. des Hôp.*, 1930, p. 1393.
- HAUDECK. — *Forts. ad Fort. der Roentgenstr.*, 1925.
- HENKE. — Compte-Rendus de la Société Allemande d'Anatomie Pathologique, 17^e session.
- HERNANDO. — Le début du cancer de l'estomac. *Prog. de la Clin.*, Madrid, 1931, XIX, p. 785.
- HORTOLOMEI. — Gastro-entérostomie ou gastro-pyloréctomie large dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux ? *Presse Médicale*, 1930, n^o 63, p. 1057.

- KLEIN et DEMUTH. — *Beitr. z. Path. Anat. u. z. Allg Path.*, 1928, p. 79.
- KOENNECKE. — Les insuccès dans les résections pour ulcère
Der Chirurgie, 15 oct. 1931, pp. 873-884.
- KONJETZNY (de Kiel). — Voir ANSCHUETZ.
— Etat actuel de la question des relations entre le cancer et l'ulcère de l'estomac. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1920, tome XLVI, n° 11, pp. 285-287.
- LAINÉ. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Thèse Lyon, 1926-27.
- LEBERT. — Les maladies de l'estomac. Tuebingen, 1878.
- LECÈNE. — De la fréquence des lésions cancéreuses dans les ulcérations calleuses de la paroi gastrique. *Soc. Nat. de Chir.*, 1928, p. 455.
— Thérapeutique Chirurgicale.
- LERICHE (R.). — Réflexions sur des cas d'opérations pour ulcères de l'estomac et du duodénum. *Lyon Chir.*, 1933, p. 594.
- MAC CARTY (William-Carpenter). — Chronic ulcer and carcinoma of the stomach. *Amer. Journ. of the Medical Science*, apr. 1927, pp. 466-472.
— Path. and Clin. significance of stomach ulcer. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1910, p. 449.
— *Annals of Surgery*, june 1912.
— The histogenesis of the cancer of the stomach. *Amer. Journ. Med. Science*, 1915, 149, p. 469.
— Chronic gastric ulcer and gastric carcinoma. A study of 507 simple chronic ulcers and 895 carcinomatous ulcers. *Amer. Journ. Roentgenology*, 1920, 7, p. 591.
— Does Cancer arise in chronic gastric ulcer? *Journal American Med. Assoc.*, 1922, 79, p. 1928.
- MAC CARTY and BRODERS (A. C.). — Chronic gastric ulcer and its relation to gastric carcinoma, Rewiew of 684 specimens. *Arch. internal medicine*, 1914, 13, p. 208.
- MASSON (J.-C.). — Cancer of the stomach. *Canadian Med. Assoc.*, 1921, p. 924.

- MATHIEU (A.) et ROUX. — L'ulcéro-cancer. *Pathol. gastro-intestinale*, tome I, Doin, édit., 1923.
- MAYO (W.-J.). — 4^e Congrès de la Soc. Intern. de Chir., New-York, 1914.
- *Annals of Surgery*, 1907, p. 813.
 - *Journal American Med. Assoc.*, 1917, p. 781.
 - Cancers développés sur un ulcère gastrique. *Journal American Med. Assoc.*, 1921, p. 177.
 - Progrès dans le traitement de l'ulcère chronique. *Journal American Med. Assoc.*, 1922, p. 19.
- MORLEY (J.-B.). — Relation entre l'ulcère gastrique et le cancer. *The Lancet*, 1923, p. 823.
- MOYNIHAN (Sir B.). — Diagn. de l'ulcère chronique. *British Med. Journal*, 1919, p. 765.
- *Med. Record*, n° 22, 28 mai 1921.
 - Quelques problèmes relatifs aux ulcères gastriques et duodénaux. *British Med. Journal*, 1923, pp. 223-226.
- NEUMAN. — Chirurgie gastrique pour ulcères. *Arch. App. Digestif*, 1929, p. 653.
- NEWCOMB. — Rapports entre l'ulcère chronique peptique et le cancer gastrique. *British Journal of Surgery*, 1932, XX, p. 279.
- NIELSEN. — Cancers provenant d'ulcères gastriques. *Versammt. d. Nord. Chirur. Verein*, (Kristiania), juillet 1919.
- *Acta Chirur. Scand.*, 1922, p. 570.
- OBERTHUR. — Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Thèse Paris, 1926.
- ORATOR. — Contribution à la pathologie de l'estomac : ulcère et ulcéro-cancer. *Archives für Klinische Chir.*, 1925, pp. 662-682.
- Sur l'ulcère et le cancer de l'estomac. *Wien. Klin. Wochen.*, 1925, pp. 425-427.
- PATERSON. — *Surgery of the stomach*, London, 1914.
- PAUCHET. — Congrès de Chirurgie, 1920, p. 265.

- PAUCHET et HIRSCHBERG. — Cancer de l'estomac. — Ulcère gastro-duodénal, 1928, 2 vol., Doin, édit.
- PAYR (E.), (de Leipzig). — Du vieux et du neuf sur la différenciation de l'ulcère calleux et du cancer de l'estomac. *Zentralblatt F. Chir.*, n° 46, 18 nov. 1922, pp. 1706-1712.
- PERNET. — Etude anatomo-pathologique de l'ulcéro-cancer de l'estomac. Thèse Paris, 1919.
- RAMOND (Félix). — Maladies de l'Estomac et du Duodénum. Masson, édit., 1927.
- ROBSON (A.-W.-M.) and MOYNIHAN. — Diseases of the stomach and their surgical treatment. 2^e éd., London. Bailliere, Tindall & Cox, édit., 1904, p. 508.
- ROTHMANN. — L'ulcère chronique de l'estomac dans ses rapports avec le cancer gastrique. *Arch. für Klinische Chir.*, mai 1933, pp. 201-216.
- SANEROT. — Le cancer de l'estomac à évolution lente. Ulcérus rodens gastrique. Thèse Lyon, 1905-06.
- SANTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac. Thèse Lyon, 1914-15.
- SCOTT (de Rochester). — Rapports entre le cancer et l'ulcère calleux de l'estomac. *Surgery, Gyn. and Obst.*, 1928, 1, p. 199.
- SCHERREN. — Ulcères chroniques de l'estomac et du duodénum. *The Lancet*, mars 1920, p. 696.
- SCHMIDT (R.). — *Medizin. Klin.*, 1923, n° 13.
- SPILSBURY. — Anatomie pathologique et histologie de l'ulcère gastrique avec détails concernant ses rapports avec le cancer de l'estomac. *Proc. Royal Soc. Med.*, 1921, pp. 22-25.
- STEWART (Matthew). — Pathologie de l'ulcère gastrique. *British Med. Journal*, 14 nov. 1925, p. 882.
- STOERCK. — *Wiener Klin. Wochen.*, 1925, n° 17.
- STROMEYER. — Rapports de l'ulcère et du cancer gastrique. *Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Path.*, 1912, t. LIV, fasc. 1.

- TALLEZ. — L'ulcéro-cancer de l'estomac. Thèse Montpellier, 1912.
- TIXIER et CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Masson, édit., 1933.
- TRIPPIER. — Traité d'Anatomie Pathologique.
- WALTON (A. J.). — Carcinome de l'estomac. *British Med. Journal*, 1929, p. 939.
- Traitement opératoire des ulcères du corps de l'estomac. *Surgery, Gyn. and Obstetrics*, juin 1925, pp. 761-770.
- WILSON (L.-B.). — The pathologic evidence of the relationship between gastric ulcer and gastric cancer. Collected papers of the Mayo clinic. Philadelphia. W.-B. Saunders & Co, 1913, 5, p. 149.
- Studies in the pathology of early gastric carcinoma. *Colorado Med.* 1914, 11, p. 366.
- WILSON (L.-B.) and MAC CARTY (W.-C.). — The pathological relationship of gastric ulcer and gastric carcinoma. *Amer. Journal Med. Science*, 1909, 138, p. 846.
- WILSON (L.-B.) and MAC DOWELL (I.-E.). — A further report of the pathologic evidence of the relationship of gastric ulcer and gastric carcinoma. *Amer. Journ. Med. Science*, 1914, 148, p. 796.
- WOLFSOHN. — Cancer gastrique après gastro-entérostomie pour ulcère. *Deutsche Med. Wochen.*, 1928, p. 1079.

Cette bibliographie n'a pas la prétention d'être complète, car elle devrait comprendre une grande partie des travaux se rapportant à la pathologie gastrique. Pour de plus amples détails, surtout au point de vue des publications étrangères, on lira avec profit la bibliographie de l'article de SCOTT, cité plus haut.

Observations utilisées dans notre travail.

- BRISSET. — *Soc. Nat. de Chir.*, 1932, 2, 1433.
- CENGIAROTTI. — Sur un cas d'ulcéro-cancer de l'estomac. *La Riforma Medica*, 14 sept. 1925, n° 37, pp. 868-871.
- COSTANTINI (Gallirate). — *L'Ospedale Maggiore di Novara*, fév. 1932, pp. 92-98.
- DAHL-IVERSEN. — Ulcéro-cancer et cancer ulcéré simulant l'ulcère rond. *Acta Medica Scandinavia*, nov. 1922, pp. 134-142.
- DELORE et LERICHE. — *Revue de Chirurgie*, janv. 1904.
- DELORE et CREYSSEL. — *Lyon Médical*, 1925, I, p. 194.
- DELORE, MARTIN (J.-F.) et MALLET-GUY. — *Arch. franco-belges*, 1925, pp. 58-73.
- FREEMAN. — Partial gastrectomy for peptic ulcers coincident with lymphosarcoma of the stomach: recovery. *Colorado Med.*, 1928, XXV, p. 362.
- HARTMANN et PAUCHET. — *Soc. Nat. de Chir.*, 1924, I, p. 246.
- LEFÈVRE (H.). — *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1927, p. 233.
- MATHIEU et ALIVISATOS. — Transformation néoplasique après pyloréctomie. *Arch. App. Digestif*, 1918, p. 154.
- MATHIEU et MOUTIER. — Ulcus géant de l'estomac. *Arch. App. Digestif*, 1920, p. 257.
- PAPIN. — *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, mai 1927.
- PAUCHET. — Chirurgie préventive du cancer gastrique. *Paris Chirurgical*, 1925.
- SINGER (Chicago). — *Arch. of Internal Medicine*, n° 3, mars 1932, pp. 429-439.
- TECQUMENNE. — *Soc. Nat. de Chir.*, 1921, p. 349.
- TUFFIER. — *Soc. Nat. de Chir.*, 1909, p. 741.
- WAITZFELDER (W.). — Diagnostic radiologique de l'ulcère cancérisé. *Fortsch. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen*, 1923, XXX, p. 291.

Table des Matières

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER : <i>Historique</i>	17
CHAPITRE II : <i>Les Formes cliniques douteuses</i>	23
A. Gastrectomies d'emblée. (Observations) ..	26
B. Gastrectomies en deux temps (Observations)	47
C. Opérations palliatives. (Observations)	73
Essai de synthèse	88
CHAPITRE III : <i>Possibilité d'un diagnostic clinique.</i>	93
CHAPITRE IV : <i>Anatomie pathologique macroscopique</i>	105
Diagnostic opératoire	106
Examen macroscopique proprement dit	110

CHAPITRE V : <i>Aperçu histopathologique</i>	115
A. Témoins en présence	115
Ulcéro-cancer	116
Cancer ulcérisé	118
Théorie moyenne	120
B. Critique de quelques arguments	121
C. Notre position	129
CHAPITRE VI : <i>Portée pratique</i>	147
Quelques opinions	147
Justification de la gastrectomie	151
Quelle conduite tenir en présence d'un ulcère chronique	154
CONCLUSIONS	157
BIBLIOGRAPHIE	161

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX
